

Le droit des migrants à la santé



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID • OIT
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE



IOM • OIM

Collection Meilleures Pratiques de l'ONUSIDA
OUTILS FONDAMENTAUX

Remerciements

Le droit des migrants à la santé

Rédaction : Margaret Duckett

Rapport préparé pour l'ONUSIDA et l'Organisation internationale pour les Migrations.

Toutes les étapes de la préparation de cette publication ont été coordonnées par le Centre d'Information de l'ONUSIDA, Genève.

ONUSIDA/02.53F (version française, octobre 2002)
ISBN 92-9173-245-1

Version originale anglaise, UNAIDS/01.16E, mars 2001 :

Migrants' Right to Health

Traduction – ONUSIDA

© Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA). 2002.

Tous droits de reproduction réservés. Les publications produites par l'ONUSIDA peuvent être obtenues auprès du Centre d'information de l'ONUSIDA. Les demandes d'autorisation de reproduction ou de traduction des publications de l'ONUSIDA – qu'elles concernent la vente ou une distribution non commerciale – doivent être adressées au Centre d'Information à l'adresse ci-dessous ou par fax, au numéro +41 22 791 4187 ou par courriel : publicationpermissions@unaids.org.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent

de la part de l'ONUSIDA aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'ONUSIDA, de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'ONUSIDA ne garantit pas que l'information contenue dans la présente publication est complète et correcte et ne pourra être tenu pour responsable des dommages éventuels résultant de son utilisation.

Le droit des migrants à la santé



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID • OIT
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Genève, Suisse
2002

Aucun homme n'est une île, complet en soi-même ; chaque humain est une partie du tout (...) La mort de tout homme m'amointrit parce que je fais partie de l'humanité ; c'est pourquoi, ne demande jamais pour qui sonne le glas, il sonne pour toi.

John Donne, 1572-1624

Dévotions, 17. 1624.

Les personnes riches et mobiles sont capables de porter l'affliction n'importe où dans le monde, en moins de 24 heures, et tout à fait prêtes et disposées à le faire.

Joshua Lederber, Rockefeller University, 1997

*« Infectious Disease as an Evolutionary Paradigm », Emerging Infectious Diseases,
Vol. 3, N° 4, octobre-décembre 1997*

Compte tenu de l'importance de la migration dans la région, le VIH/SIDA ne sera jamais éradiqué tant que d'autres pays s'en tiendront à une approche de type « laissez-faire » et resteront un réservoir d'infection.

Marvellous Mhloyi, Université du Zimbabwe, 1999

« The Challenge of the Current HIV Paradigm: Why has it not worked? » Discours devant l'Assemblée plénière de la XIème ICASA (16-21 septembre 1999)

Table des matières

Synthèse	5
I. Introduction	9
II. Contexte	11
III. Equilibrage entre les traités internationaux et les droits des Etats	21
IV. Accès à la santé	29
V. Approches prometteuses à étudier et élargir à l'avenir	38
VI. Implications pour les décideurs politiques	47
VII. Conclusion	50
Recommandations	51
Annexe 1. Instruments internationaux (et clauses pertinentes)	52
Bibliographie	55

Synthèse

Un monde en mouvement

Chaque année, plus d'un million de personnes émigrent à titre définitif, et pratiquement chaque année un nombre équivalent demandent asile. Si l'on ajoute à cela les déplacements à l'intérieur des pays, ce sont probablement deux milliards de personnes qui se déplacent chaque année à l'échelle de la planète.

Cette étude aborde un certain nombre des questions qui se posent concernant le droit des migrants à la santé.

En premier lieu, il s'agit de savoir ce qu'est un « migrant ». En effet, il n'en existe pas de définition officielle, et chaque pays utilise la sienne propre dans ses textes et réglementations définissant les statuts des « personnes mobiles », « migrants » et « nouveaux résidents ». Cette étude retient une large définition des migrants, qui couvre tous les aspects de la mobilité dans tous les types de populations.

Ensuite, de quoi s'agit-il exactement lorsque nous parlons de droit à la santé ? La Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et [non pas] seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». A l'égard des non-ressortissants, la plupart des pays considèrent que leurs obligations en matière de santé ne s'étendent guère au-delà des soins de base ou des soins dans les situations d'urgence, avec en outre des interprétations différentes de ces obligations selon les pays. Bien souvent, c'est aux professionnels de la santé qu'il revient de déterminer si une situation doit être qualifiée d'urgence ou non. Dans ce contexte, peut-on considérer que tous les problèmes sanitaires liés au VIH/SIDA¹ rentrent dans le cadre d'une urgence mondiale ?

Cette étude milite en faveur d'un certain nombre d'évolutions qui pourraient améliorer la santé des migrants (en particulier au regard du VIH/SIDA, des autres infections sexuellement transmissibles et de la santé génésique) aux niveaux mondial, national et local. Il s'agit notamment de :

- La reconnaissance du droit de chacun à bénéficier du meilleur niveau de santé physique et mentale qui puisse être obtenu. Dans le cas des migrants, cet objectif peut impliquer que l'on se penche sur le droit à des services de santé accessibles et abordables, le droit à des conditions de vie et de travail saines, et le droit à une éducation sanitaire appropriée.
- La prise en compte et le respect par tous les pays des traités et accords internationaux auxquels ils sont parties, ainsi que des dispositions applicables du droit coutumier international. En effet, il apparaît que de nombreux pays signent des traités et accords internationaux, mais n'adoptent pas ensuite les mesures voulues pour en respecter la lettre et l'esprit.
- L'application dans son ensemble et l'observation du Règlement sanitaire international.
- L'adoption de mesures visant à garantir que les pays d'origine, de transit et d'accueil sont dotés de programmes tripartites ou conjoints d'accès aux soins de santé, permettant une intervention à tout moment et en tout point du continuum de déplacement des citoyens/travailleurs migrants, que ce soit avant le départ, au cours de la migration

¹ VIH : virus de l'immunodéficience humaine. SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise.

elle-même, dans la période d'adaptation proprement dite ou après, dans une migration de retour, ou encore dans la phase de réintégration dans la communauté d'origine.

- La mise en place de services de soins à l'intention des voyageurs et des populations migrantes qui aillent au-delà des soins d'urgence, et prennent en compte l'objectif de complet bien-être physique, mental et social, en particulier au regard du VIH/SIDA, des autres infections sexuellement transmissibles et de la santé génésique.
- Une attention accrue accordée à la prévention à la fois dans les politiques sanitaires et dans les soins effectivement délivrés aux personnes mobiles et populations migrantes, avec notamment l'élaboration et la mise en œuvre à grande échelle d'interventions au niveau des communautés.
- L'adoption de mesures garantissant un accès satisfaisant des personnes mobiles et des migrants à l'intérieur de leur propre pays aux services de soins et de prévention en matière de VIH/SIDA, des autres infections sexuellement transmissibles et de la santé génésique. Par exemple, dans ce contexte, l'éducation sanitaire peut nécessiter la production d'outils informatifs dans plusieurs langues différentes.
- Une attention particulière accordée au problème de la disparité entre les hommes et les femmes que l'on note souvent dans les mouvements migratoires à l'intérieur des pays ou internationaux, de même qu'à la question du rôle spécifique des femmes et des rapports de force qui souvent peuvent limiter l'accès des femmes à l'information et aux soins.
- La compréhension par les principaux pays d'origine du fait que la contribution d'un travailleur émigré au Produit national brut, sous la forme de sommes envoyées à sa famille, peut fort bien se transformer en pression sur les services sociaux et sanitaires si ce travailleur rentre chez lui malade ou handicapé.

Cette étude évoque et recense les principales lois et politiques existantes, ainsi que les meilleures pratiques concernant le droit des migrants à la santé, aux soins associés, aux traitements, à l'appui et à la prévention, en particulier au regard du VIH/SIDA, des IST et de la santé génésique. Dans ce cadre, elle examine ensuite les dimensions éthique et économique de ces questions, puis analyse les répercussions de la mondialisation et les implications des politiques sur la santé des migrants. Enfin, en conclusion, elle formule des recommandations quant à l'élaboration de politiques susceptibles d'améliorer l'état sanitaire des populations migrantes.

Dans sa deuxième section, cette étude donne une présentation détaillée de la situation. Un certain nombre de rapports ont déjà mis en évidence l'existence d'un lien entre la mobilité humaine et l'augmentation des risques d'infection par le VIH. Toutefois, intrinsèquement, le statut de migrant n'est pas un facteur de risque. Ce sont les activités auxquelles on s'adonne au cours du processus de migration qui sont autant de facteurs de risque.

Récemment, l'Organisation internationale du Travail (OIT) estimait que plus de 90 millions de personnes (travailleurs migrants et leur famille) résident actuellement, de manière légale ou illégale, dans un pays autre que leur pays d'origine. Certains pays sont de grands pays d'émigration et certains autres de grands pays d'immigration. Bien souvent, les pays relèvent simultanément de ces deux catégories. Parfois, les mouvements migratoires entre les pays – ou à l'intérieur d'un même pays – se concentrent sur certaines régions bien précises, avec pour conséquence des mouvements de populations beaucoup plus importants dans ces régions que sur le plan national.

Par ailleurs, un certain nombre d'autres publications se sont déjà penchées sur le problème de l'accès réduit aux soins des migrants dans de nombreuses régions du monde, et des conséquences sanitaires que cela entraîne. De manière générale, cette tendance est plus marquée pour les migrants récents ou les « groupes » défavorisés socialement d'une manière ou d'une autre dans leur communauté d'accueil. En outre, les travailleurs migrants qui connaissent des problèmes de santé rentrent bien souvent dans leur pays d'origine.

Parallèlement, la sexospécificité et les schémas migratoires sont des facteurs inextricablement liés. Malgré l'idée largement admise qu'un migrant est généralement un homme, l'*Etude d'ensemble sur les travailleurs migrants* de l'OIT note que les femmes composaient environ la moitié de l'ensemble de la population migrante à l'échelle mondiale en 1999, avec tout ce que cela entraîne en ce qui concerne la vulnérabilité, l'exploitation et les agressions.

Nul ne s'attend à ce que les problèmes posés sur le plan international par les mouvements de populations se résolvent d'eux-mêmes. En fait, les grands mouvements migratoires augmenteront certainement dans les années à venir, de même que le nombre et la proportion des migrants illégaux et marginalisés.

La troisième section de cette étude examine les problèmes d'équilibrage soulevés entre les obligations découlant des traités internationaux d'une part, et la souveraineté des Etats d'autre part, en se concentrant sur les déclarations et traités pertinents, l'application du Règlement sanitaire international pour ce qui est de la propagation des maladies sur le plan international, et les conséquences de la mondialisation. La quatrième section aborde les questions du financement de l'accès aux soins de santé, de la « nouvelle » santé publique, des niveaux d'accès, de la priorité d'une intervention précoce, et de la portée de l'intervention. La cinquième section décrit un certain nombre de projets prometteurs représentatifs des interventions actuellement menées dans différentes régions du monde. Enfin, la sixième section met en évidence ce que peuvent impliquer pour les décideurs les questions abordées dans cette étude.

En particulier, cette étude souligne les questions suivantes à l'intention des décideurs :

- Les effets positifs et négatifs de la mondialisation.
- Les impératifs éthiques et économiques pour garantir un accès aux soins de santé aux migrants et aux personnes mobiles.
- Les limitations concrètes qu'impose une épidémie internationale aux droits des Etats.
- La nécessité de prendre en compte tous les instants et tous les points du continuum de déplacement des citoyens/travailleurs migrants, que ce soit avant le départ, au cours de la migration elle-même, dans la période d'adaptation proprement dite ou après, dans une migration de retour, ou encore dans la phase de réintégration dans la communauté d'origine.

Des progrès ont été réalisés au niveau de la prévention de la propagation du VIH au sein des populations migrantes, et de l'amélioration des conséquences du VIH sur les migrants séropositifs. Des projets portant sur d'autres IST et la santé génésique des migrants et personnes mobiles ont été mis en œuvre dans un certain nombre de pays et de milieux. Aujourd'hui, le défi à relever consiste à traiter plus en profondeur les questions complexes qui se posent, dans tous les pays et à tous les niveaux.

I. Introduction

Un monde en mouvement

En 1995, la Banque mondiale estimait qu'au moins 125 millions de personnes vivaient en dehors de leur pays d'origine.² Chaque année, plus d'un million de personnes émigrent à titre définitif, et presque autant demandent asile. Toutefois, si l'on intègre les personnes effectuant un court séjour dans la définition des personnes mobiles, alors on peut dénombrer plus d'un milliard de voyageurs dans le monde chaque année. Dans certains pays touristiques, le nombre annuel de visiteurs dépasse celui des résidents.³ Si l'on ajoute à cela la mobilité à l'intérieur des frontières d'un pays, le nombre des personnes qui chaque année se déplacent dans le monde dépasse certainement les deux milliards.

Il n'existe aucune définition officielle du migrant. Haour-Knipe et Rector⁴ y ont consacré plusieurs pages. Comme le disent en substance Decosas et Adrien,⁵ : « On peut définir les migrants en fonction de leur statut légal ou de leur appartenance ethnique, mais on peut aussi distinguer les migrations selon certains paramètres tels que la durée, la motivation et la distance. Si l'on exclut les visiteurs effectuant un court séjour (les touristes, par exemple), les principales catégories sont : les migrations de la main-d'œuvre, les migrations des réfugiés, les migrations pour rétablissement, les migrations internes et les migrations quotidiennes. » Lurie et al.⁶ ont retenu une autre approche, « La plupart des études classent les personnes selon deux catégories : migrants ou non-migrants. Or, dans la réalité, les situations sont toujours beaucoup plus complexes. En fait, il existe de nombreux types différents de migration, et chacun d'eux comporte des facteurs de risque différents. Par ailleurs, le statut des personnes au regard de la migration peut très bien changer plusieurs fois au cours de leur vie. »

Dans les faits, tous les pays utilisent leurs propres définitions dans leurs réglementations définissant les différentes catégories de voyageurs et migrants. Le droit international fait la différence entre les personnes qui sont ressortissantes d'un Etat – ses citoyens – et celles qui ne le sont pas – les étrangers ou immigrants –, et distingue en outre d'autres catégories spécifiques : réfugiés, demandeurs d'asile, travailleurs migrants.

Dans cette étude, nous retiendrons une définition des migrants qui englobe tous les aspects de la mobilité au sein de tous les types de populations. L'attention portera principalement sur les personnes qui aujourd'hui franchissent des frontières, ou qui en ont franchi un jour. Il s'agit des personnes mobiles, appelées à se déplacer pour des raisons professionnelles ou pour leurs études, et des jeunes. En revanche, sont exclus du champ de l'étude les réfugiés (traités dans un autre document) et les communautés ethniques minoritaires (pour lesquelles les problèmes sont différents). Pour les réfugiés, la problématique est certes comparable à celle concernant tous les migrants, mais dans leur cas les problèmes sont généralement exacerbés. Comme l'ont souligné de nombreux auteurs, et notamment Forrest,⁷ « les migrations

² Banque mondiale. *Workers in an Integrating World: World Development Report 1995*. Oxford. Oxford University Press, 1995.

³ Hendriks A. « The right to freedom of movement and the (un)lawfulness of AIDS/HIV specific travel restrictions from a European perspective. » *Nordic Journal of International Law* 59. Fasc. 2/3, 1990.

⁴ Haour-Knipe M. et Rector R. *Crossing borders: migration, ethnicity and AIDS*. Londres, Taylor & Francis, 1996.

⁵ Decosas J. et Adrien A. « Migration and HIV ». *AIDS*, 1997 (suppl. A). p.577-584.

⁶ Lurie M., Garnett G., Abdool Karim S., Sturm W., Wilkinson D. et Williams B. *Research Protocol. Migration and the Spread of HIV and Other Sexually Transmitted Diseases in South Africa: Interlocking Urban and Rural Cohort Studies*. Janvier 1998.

⁷ Forrest D. M. « Control of Imported Communicable Diseases: Preparation and Response ». *Canadian Journal of Public Health*, Vol. 87, N° 6. Novembre-décembre 1996, p.369.

forcées ou non planifiées consécutives à des catastrophes naturelles ou des troubles affectant la société civile imposent des contraintes significatives sur l'état sanitaire et la nutrition des populations, les soins médicaux et les systèmes de santé publique, et favorisent ainsi l'apparition et la propagation de maladies ».

Cette étude évoque et recense les principales lois et politiques existantes, ainsi que les meilleures pratiques concernant le droit des migrants à la santé, aux soins associés, aux traitements, à l'appui et à la prévention, en particulier au regard du VIH/SIDA, des IST et de la santé génésique. Dans ce cadre, elle examine ensuite les dimensions éthique et économique de ces questions, puis analyse les répercussions de la mondialisation et les implications des politiques sur la santé des migrants. Enfin, en conclusion, elle formule des recommandations quant à l'élaboration de politiques susceptibles d'améliorer l'état sanitaire des populations migrantes.

II. Contexte

A. Migration et populations mobiles

Récemment, l'Organisation internationale du Travail (OIT) estimait⁸ que plus de 90 millions de personnes (travailleurs migrants et leur famille) résident actuellement, de manière légale ou illégale, dans un pays autre que leur pays d'origine. Il convient de noter que cette estimation, inférieure au chiffre donné en 1995 par la Banque mondiale de 125 millions de personnes vivant en dehors de leur pays d'origine, ne prend pas en compte les personnes ayant officiellement changé de nationalité.⁹ Le Tableau 1 ci-après (tiré du rapport de l'OIT) donne une ventilation de ce chiffre par région.

Tableau 1. Estimation du nombre de non-nationaux (en millions) par grande région de migration en 1995, à l'exclusion des demandeurs d'asile et des réfugiés¹⁰

Région	Personnes actives	Personnes à charge	Total
Afrique	6-7	12-14	18-21
Amérique du Nord	8	8-10	16-18
Amérique centrale et Amérique du Sud	3-5	4-7	7-12
Asie du Sud, du Sud-Est et de l'Est	2-3	3-4	5-7
Asie de l'Ouest (Etats arabes)	6	2-3	8-9
Europe	11-13	15-17	26-30
Total général	36-42	44-55	80-97

Certains pays voient une part importante de leur population émigrer, et certains autres accueillent d'importantes communautés émigrées. Bien souvent, les pays relèvent simultanément de ces deux catégories. Selon l'OIT, en 1990, plus de 100 pays étaient à la fois de grands pays d'accueil et de départ de main-d'œuvre, avec 68 pays de forte immigration, 56 de forte émigration, et 24 à la fois pays de départ et d'accueil.¹¹ L'Italie, le Japon, la Malaisie et le Venezuela sont désormais d'importants pays d'accueil tandis que le Bangladesh, l'Égypte et l'Indonésie font partie des principaux pays de départ.

En 1996, aux Etats-Unis, environ 7 millions de personnes (soit quelque 3% de la population) étaient nées au Mexique. Selon les estimations, 2,7 millions d'entre elles étaient des migrants illégaux. De 80 à 90% de ces migrants sont des hommes, pour la plupart célibataires ou non accompagnés, âgés entre 15 et 34 ans.

⁸ OIT. *Etude d'ensemble sur les travailleurs migrants, 87^{ème} session de la Conférence internationale du travail, Rapport III (Partie 1B)*. Genève, 1999.

⁹ Cette estimation moins élevée donnée par l'OIT s'explique sans doute par le fait que les personnes naturalisées ne sont pas prises en compte dans la population migrante, alors que la Banque mondiale les intègre dans son décompte des personnes vivant en dehors de leur pays d'origine.

¹⁰ Ces estimations se rapportent aux détenteurs d'un passeport étranger et non aux personnes nées à l'étranger car on compte parmi celles-ci une proportion non déterminée de naturalisés qui n'ont plus leur nationalité d'origine. Les chiffres donnés ici comprennent à la fois les migrants en situation régulière et les migrants qui peuvent être en situation irrégulière quant à leur entrée, leur séjour ou leur activité économique.

¹¹ OIT. *Etude d'ensemble sur les travailleurs migrants*, 1999, op. cit., p.4.

Entre les pays, ou à l'intérieur même des pays, les flux migratoires peuvent se révéler extrêmement lourds dans certaines zones. Par exemple, au Sénégal, dans la région de Ziguinchor, 82% des hommes âgés entre 20 et 40 ans migrent chaque année.

Malgré l'idée généralement répandue selon laquelle le migrant type est un homme, l'*Etude d'ensemble sur les travailleurs migrants* de l'OIT signale qu'en 1999, la moitié environ de l'ensemble de la population migrante sur le plan mondial était féminine.¹² Cette étude attire l'attention des gouvernements sur la très grande vulnérabilité des travailleuses migrantes à l'exploitation et aux abus : « Longtemps abonnées au simple regroupement familial, les femmes constituent aujourd'hui une part croissante de la main-d'œuvre migrante : il y aurait ainsi actuellement plus d'un demi-million de Sri Lankaises émigrées au Moyen-Orient, tandis qu'on compte 12 femmes pour un homme parmi les migrants interasiatiques issus des Philippines. (...) La commission note en particulier le phénomène croissant des travailleuses migrantes « importées » à des fins d'exploitation commerciale, y compris sexuelle, par le biais de mariages arrangés avec des étrangers ou de la signature de contrats de travail apparemment alléchants mais qui ne correspondent que rarement à la réalité. Cette vulnérabilité tient tout d'abord au fait qu'elles sont engagées à l'étranger, donc en dehors de la protection juridique de leur pays d'origine, mais également au fait qu'elles occupent bien souvent des emplois faiblement protégés par la législation sociale: domestiques, ouvrières (agricoles, en usines ou dans les zones franches d'exportation), hôtesses ou artistes de variétés dans des cabarets ou night-clubs, etc. L'absence d'autonomie ou le fort lien de subordination qui caractérise les emplois qu'elles occupent généralement aggrave la situation, d'autant qu'il s'agit bien souvent de femmes jeunes, pauvres, craignant par-dessus tout de perdre leur emploi, obligées de laisser leur famille dans leur pays d'origine, ne connaissant pas la langue du pays d'emploi, ignorant qu'elles ont des droits qui sont violés et ne sachant généralement pas où s'adresser. »

Les migrations et les questions de sexospécificité sont inextricablement liées. Comme le fait observer Singhanetra-Renard,¹³ « Sachant que dans la quasi-totalité des cas les femmes migrantes jouissent d'un pouvoir de négociation et de droits moindres que les ressortissants locaux, et en particulier les hommes, le rôle de la migration dans la discrimination des femmes et, partant, la propagation de l'infection à VIH, ne saurait être ignorée. » En outre, pour les femmes migrantes, la traite organisée des femmes à grande échelle représente un risque tout particulier. En effet, il arrive que ces femmes, très jeunes pour la plupart et originaires de pays ou communautés économiques démunies, soient contraintes à se livrer au commerce du sexe, avec généralement des rapports sexuels non protégés.¹⁴

Bien souvent, les travailleurs migrants sont soumis des pressions spécifiques. Comme le souligne un document de référence de l'OMS sur le VIH/SIDA et les restrictions à long terme des autorisations de voyager,¹⁵ « les Etats nouvellement industrialisés sont tout à fait susceptibles d'accueillir des travailleurs migrants. Toutefois, dans le même temps, il n'est pas exclu qu'ils s'efforcent de les empêcher d'acquérir un droit de séjour à long terme, de façon à pouvoir les renvoyer chez eux s'ils perdent leur utilité économique du fait d'une baisse de la demande de main-d'œuvre ou à cause de l'âge, de la maladie ou d'un handicap. Ainsi, des contrats et autorisations de travail à durée déterminée sont parfois imposés aux travailleurs

¹² Ibid, p.105.

¹³ Singhanetra-Renard A. « Population movement and the AIDS epidemic in Thailand », rapport présenté au séminaire de l'IUSSP sur les sous-cultures sexuelles et la migration à l'ère du SIDA et des MST, Bangkok, Thaïlande, mars 1994, p.14.

¹⁴ Ybanez RFC. « Breaking Borders: Migration and HIV/AIDS » *AIDS action*, N° 40, juillet-septembre 1998.

¹⁵ OMS. *Background Paper: Long Term Travel Restrictions and HIV/AIDS*. Programme mondial de Lutte contre le SIDA, octobre 1994, p.4.

migrants pour constituer « un stock tournant de main-d'œuvre temporaire » à l'intention des employeurs et du pays d'accueil. »¹⁶

Globalement, en matière de politiques sociales menées par les pays à l'égard des migrants, l'OIT a relevé trois grands types d'approches différentes :

- Tout d'abord, les pays qui à l'entrée acceptent les migrants souhaitant s'établir – comme l'Australie et le Canada – paraissent plus enclins à favoriser les politiques visant à l'intégration sociale et au « multiculturalisme ».
- Ensuite, les pays qui accordent un statut de résident permanent au bout d'un certain nombre d'années passées dans le pays privilégient plutôt les politiques axées sur l'assimilation.
- Et enfin, les pays qui considèrent les migrants avant tout comme des travailleurs temporaires favorisent les retours volontaires et l'aide à la réintégration. Par exemple, l'Allemagne n'accepte pas à l'entrée les migrants souhaitant s'établir, et axe une part importante de ses politiques sur la promotion des retours volontaires via l'Agence de coordination pour la promotion du retour des travailleurs étrangers.

L'Allemagne est devenue l'une des destinations phares pour les migrants en Europe. Officiellement, les migrants représentent près de 10% de la population, mais si l'on prenait en compte les résidents et travailleurs en situation irrégulière, le chiffre serait beaucoup plus important.

Dans les arsenaux juridiques dont sont dotés les pays, on peut également distinguer trois grands types de dispositions en matière d'immigration **illégal** : celles qui sanctionnent les travailleurs migrants en situation irrégulière ; celles qui visent les personnes organisant ou apportant leur concours aux migrations clandestines ou illicites ; et celles pénalisant le recrutement et l'embauche illégaux de travailleurs migrants. Dans son étude, l'OIT¹⁷ note avec inquiétude que l'on défend les mesures destinées à lutter contre les arrivées clandestines

Entre 1989 et 1996, dans la Communauté des Etats Indépendants (CEI), on a dénombré plus de 900 000 réfugiés, 1,1 million de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et 4,2 millions de rapatriés. La dégradation de l'environnement a également poussé des centaines de milliers de personnes à migrer pour des motifs écologiques. En outre, les migrations de transit légales et illégales ont elles aussi augmenté. D'après les estimations, entre 500 000 et un million de migrants illégaux – en particulier des Afghans, des Iraniens et des Kurdes d'Irak – vivaient dans la seule Fédération de Russie. L'émigration, en grande partie à destination de la CEI, a considérablement progressé depuis les pays qui connaissent un état de conflit armé permanent – l'Arménie, la Géorgie et le Tadjikistan.

A quelques exceptions notables près, l'immense majorité des migrants part pour des motifs économiques et, contrairement à ce que l'on peut constater dans la plupart des autres phénomènes de ce type, la composition démographique de la population migrante est très proche de celle de la population générale.

¹⁶ Papademetriou DG. « International migration in North America and Western Europe: trends and consequences ». In Appleyard R. (dir. publ.). *International migration today: Volume 1, trends and prospects*. Paris, UNESCO, 1988. Cité dans le document de référence de l'OMS, ibid.

¹⁷ OIT. *Etude d'ensemble sur les travailleurs migrants*, 1999, op. cit., p.130.

de migrants en arguant qu'elles ciblent la demande de main-d'œuvre clandestine et non pas l'offre. Or, dans la pratique, les sanctions contre les migrants en situation irrégulière sont unanimement appliquées, tant dans les pays d'accueil que de départ. Dans certains cas, les sanctions s'étendent également aux personnes dont les migrants irréguliers ont la charge. Ainsi, aux Etats-Unis, un amendement de 1996 de l'Etat de Californie tente de dissuader l'immigration clandestine en interdisant l'accès des enfants des migrants irréguliers au système public d'éducation (de la crèche à l'université).

Comme le relève l'*Actualisation ONUSIDA sur les migrations et le VIH/SIDA*,¹⁸ les mouvements de population ont augmenté ces dernières années, en réponse à plusieurs facteurs :

- La plus grande disponibilité de systèmes de transports aériens rapides et (relativement) peu onéreux.
- L'ouverture de frontières autrefois fermées, notamment celles des pays d'Europe orientale et de la Communauté des Etats Indépendants, de l'Afrique du Sud, et des zones franches économiques sur le littoral oriental de la Chine.
- Le développement du commerce et des échanges internationaux avec la dérégulation des pratiques commerciales et la promotion du libre échange à l'échelle régionale.
- La prise de conscience croissante de ces déséquilibres, notamment au sein des populations des pays les plus pauvres.

Ce n'est que dans les années à venir que les mouvements massifs de populations à l'échelle mondiale devraient augmenter. Depuis toujours, les mouvements migratoires sont motivés par le désir d'une plus grande prospérité ou la fuite devant des catastrophes naturelles ou des troubles civils. En l'an 2000, environ un cinquième seulement de la population mondiale vit dans des pays développés, et la polarisation économique risque fort de contribuer à une augmentation des mouvements migratoires. Dans le même ordre d'idées, comme le souligne Gellert,¹⁹ les problèmes d'environnement associés au développement de l'industrialisation, tels que l'élévation du niveau des mers due au réchauffement climatique, la désertification et le déboisement, risquent fort d'entraîner une multiplication des réfugiés pour des motifs écologiques.

Sous l'effet combiné de deux facteurs – l'augmentation du nombre des pays qui se dotent d'un arsenal réglementaire visant à limiter l'immigration,²⁰ et les pressions externes exercées par le développement des flux à l'échelle mondiale –, il faut s'attendre à une hausse notable du nombre et de la proportion des migrants illégaux et marginalisés dans de nombreux pays.

B. Besoins sanitaires et équité

La santé a été reconnue comme étant l'un des droits fondamentaux de la personne. La Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et [non pas] seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». A l'égard des non-ressortissants, la plupart des pays considèrent que leurs

¹⁸ ONUSIDA. *Actualisation sur les migrations et le VIH/SIDA*, ONUSIDA, 2000.

¹⁹ Gellert G.A. « International Migration and Control of Communicable Diseases », *Soc. Sci. Med.* Vol. 37, N° 12, 1993, p.1489-1499.

²⁰ Voir par exemple, *Crossing Borders*, op. cit.

obligations en matière de santé ne s'étendent guère au-delà des soins de base ou des soins dans les situations d'urgence, avec en outre des interprétations différentes de ces obligations selon les pays. Même dans le cas des travailleurs migrants en situation régulière, il est rare que soient mis en œuvre des accords spécifiques garantissant un accès équitable aux soins, comparable à celui des ressortissants nationaux.

Un certain nombre d'études ont examiné cette question de l'accès réduit aux soins de santé et de ses conséquences sanitaires pour les migrants dans de nombreuses régions du monde.²¹ Bollini et Siem avancent que les effets sanitaires observés sont directement imputables à l'insuffisance des droits sociaux dont bénéficient les migrants et groupes ethniques dans les pays d'accueil.²² « Non seulement ils sont exposés à des conditions de vie et de travail médiocres, qui intrinsèquement sont des déterminants d'un mauvais état sanitaire, mais ils ne bénéficient en outre que d'un accès limité aux soins de santé pour tout un ensemble de motifs politiques, administratifs et culturels, auxquels les ressortissants nationaux ne sont pas confrontés, et qui varient selon les sociétés et les groupes concernés. La langue, les différences de point de vue sur la santé et la maladie, ou encore le racisme sont autant d'exemples de ce type d'obstacles. »²³

Bien sûr, les « migrants » ne constituent pas un groupe homogène. A cet égard, Bollini et Siem notent que la tendance générale observée concernant leur état sanitaire présente des variations d'un groupe de migrants à l'autre, et même entre les individus au sein d'un même groupe. Cela étant, ce constat reste vrai dans la plupart des régions du monde.

De manière générale, cet accès limité aux soins pour les migrants, avec pour conséquence un état sanitaire moins bon, est plus marqué chez les migrants nouvellement arrivés ou chez les « groupes » défavorisés d'une manière ou d'une autre au sein de la société d'accueil (par exemple, les Nord-Africains en France, les Bangladais au Royaume-Uni ou les Indonésiens en Malaisie). Tan²⁴ propose le terme de « distance ethnique » pour décrire les facteurs de différence culturelle et de risque inhérents à tout déplacement d'un pays vers un autre, même dans les cas où les pays de départ et d'accueil sont les mêmes. En prenant l'exemple de deux ressortissants philippins qui se rendent à Hong Kong pour y travailler, Tan explique que la « distance ethnique » est bien plus grande pour une jeune Philippine originaire d'un petit village qui part travailler à Hong Kong comme domestique que pour un jeune cadre Philippin qui part travailler à Hong Kong dans une multinationale. Lorsqu'il existe un large fossé entre les valeurs culturelles du pays de départ et celle du pays d'accueil, la « distance ethnique » peut être encore plus grande.

Par ailleurs, les travailleurs migrants qui connaissent des problèmes de santé retournent souvent chez eux poussés par trois types de contraintes : les conditions financières, l'absence de permis de séjour valide et leur état sanitaire. De manière croissante, ce type de retour est lié au VIH/SIDA. Ainsi, bon nombre de pays comptent de nombreux ressortissants rentrés chez eux mourir dans leur communauté ou auprès de leur famille.

Cela soulève plusieurs questions quant à la recherche de ce fragile équilibre, que les gouvernements et les décideurs appellent de leurs vœux, entre le fait de reconnaître que les migrants peuvent être exposés à un risque d'infection dans leur nouvel environnement, et la

²¹ Voir par exemple, Projet Européen Sida et Mobilité: *AIDS & STDs and Migrants, Ethnic Minorities and other Mobile Groups; the State of Affairs in Europe*, de Putter J. (dir. publ.), juin 1998. Haour-Knipe M. et Rector R. *Crossing borders: migration, ethnicity and AIDS*. Londres, Taylor & Francis, 1996. OIT. *Etude d'ensemble sur les travailleurs migrants, 87^{ème} session de la Conférence internationale du travail, Rapport III (Partie 1B)*. Genève, 1999. Mishra S.I., Conner R.F. et Magana J.R. (dir. publ.). *AIDS. Crossing Borders: The Spread of HIV Among Migrant Latinos*. Colorado, Westview Press, 1996.

²² Bollini P. et Siem H. « No Real Progress towards Equity: Health of Migrants and Ethnic Minorities on the eve of the Year 2000 », *Soc. Sci. Med.* Vol. 41, N° 6, p.819-828, 1995.

²³ Ibid, p.821.

²⁴ Tan M. « Migration and Risk », *AIDS action*, N° 40, juillet-septembre 1998, p.2.

nécessité d'éviter de faire des migrants des boucs émissaires accusés d'importer le VIH avec eux dans leur nouveau pays, comme pourrait nous y pousser la tendance naturelle à montrer « l'autre » du doigt. A cet égard, une initiative grecque récente donne un bon exemple de mesure et d'équilibre. En effet, le Ministère grec de la Santé et des Affaires sociales encourage actuellement un programme d'information à l'aide du slogan suivant : « Prendre soin de la santé des migrants pour prendre soin de la nôtre ».

Malheureusement, par le passé, rares ont été les initiatives de ce type.

CARAM-Asie a fait état d'un certain nombre de violations des droits de la personne subies par des travailleurs migrants, qui ont des incidences sur leur santé et leur bien-être. En effet, il a été constaté que de nombreux travailleurs migrants en Asie du Sud et du Sud-Est travaillaient dans des conditions déplorables : journées de travail de 12 heures et plus, et semaines de travail de six jours, voire sept ; gîte insalubre et couvert insuffisant fournis par l'employeur, etc. Il apparaît également que les agressions physiques et sexuelles constituent un autre risque professionnel auquel les travailleurs migrants sont confrontés. L'ensemble de ces conditions de vie et de travail sont de nature à affecter directement le système immunitaire, et donc à exposer les migrants à une baisse d'immunité contre différents types de maladies et d'infections, dont le VIH.

Dans ce contexte, il peut arriver que les statistiques nationales de mortalité et d'incapacité sous-estiment spécialement les conséquences pour les travailleurs migrants semi-spécialisés ou non qualifiés. Par exemple, Egger et al.²⁵ ont constaté que les statistiques suisses ignoraient un nombre important de travailleurs de ces groupes souffrant d'incapacités consécutives à des accidents du travail et ayant dû quitter la Suisse lorsque leur état de santé ne leur permettait plus de travailler.

En dépit du fait que les travailleurs migrants sont généralement sélectionnés pour leur bonne condition physique et leur aptitude au travail (« l'effet migrant en bonne santé »), certains éléments donnent à penser que bon nombre d'entre eux sont par la suite affectés d'un certain niveau d'incapacité (« l'effet migrant épuisé »).

Cela étant, certaines interventions spécifiques peuvent se révéler étonnamment efficaces. Par exemple, Bollini et Siem²⁶ relèvent que les effets sur la grossesse (mortalité et mortalité périnatale) constatés en Suède sont légèrement meilleurs chez les femmes étrangères que chez les Suédoises, alors même que les étrangères viennent en majorité de pays (Turquie notamment) où le taux de mortalité périnatale est plus élevé. Selon eux, cela pourrait résulter, comme le rapporte Sachs,²⁷ de l'attention toute particulière accordée par la Suède à la compréhension des différences culturelles du point de vue des soins à la mère et l'enfant qui séparent les Suédoises des Turques, et à la fourniture de services culturellement adaptés.

²⁵ Egger M. Minder C.E. et Smith G.D. « Health inequalities and migrant workers in Switzerland », *Lancet* 816, 29 septembre 1990.

²⁶ Bollini P. et Siem H., op. cit., p.823.

²⁷ Sachs L. *Evil Eye or Bacteria. Turkish Migrants and Swedish Health Care*. Stockholm Studies in Social Anthropology, Université de Stockholm, 1993.

Sur le plan des besoins sanitaires des migrants, la question des droits liés à la reproduction est un domaine dans lequel on note de nombreuses carences. La Conférence du Caire de 1994 a été l'occasion de replacer la sexualité et la santé génésique dans un cadre éthique. La Conférence a affirmé plusieurs points :

- Veiller à la santé génésique des populations est une question de respect des droits de la personne et de justice sociale.
- Les personnes ont le droit de prendre librement des décisions éclairées quant à leur vie génésique.
- Les personnes ont le droit d'accéder à l'information et de bénéficier des soins voulus pour protéger leur santé et celle de leurs proches.
- Les personnes ont le droit de bénéficier des progrès scientifiques réalisés en matière de soins de santé.

Le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, a déclaré « [qu']en définissant la santé génésique comme concernant non seulement la santé proprement dite mais aussi la justice sociale, on donne aux gouvernements des moyens juridiques et politiques pour agir. »²⁸ Elle a également souligné que « de 5 à 15% du poids de la morbidité dans le monde est lié à l'ignorance des besoins de santé génésique. Les personnes touchées – en particulier les femmes – sont dans la fleur de l'âge, à une époque de leur vie où leur potentiel, leurs responsabilités et leur productivité sont les plus grands. Dans le monde, pour les femmes en âge de procréer, trois grands groupes de problèmes qui affectent la santé génésique sont à l'origine de plus de 20% des années de vie en bonne santé perdues : ce sont les maladies sexuellement transmissibles, dont le VIH/SIDA, la mortalité et la morbidité maternelles, et les cancers des voies génitales. Dix pour cent supplémentaires d'années de vie en bonne santé sont perdues du fait des maladies qui touchent le nouveau-né. » Des preuves anecdotiques indiquent que les femmes migrantes sont touchées de manière disproportionnée.

Une autre carence majeure, que l'on peut relever dans la plupart des pays, est le manque d'attention accordée à la question de la migration et de la santé psychosociale. Comme le soulignent Carballo et Siem, « Le choc culturel qui accompagne souvent le premier contact avec un nouveau système socioculturel peut se révéler complexe à gérer sur le plan psychologique, et il ne se limite pas à la simple négation de l'accès aux services sanitaires et sociaux. L'intégration sociale, puis l'acculturation, sont des processus compliqués impliquant des transferts linguistiques, sociaux, culturels et conceptuels, qui peuvent priver les migrants de tout ce à quoi ils étaient auparavant habitués et qui était constitutif de leur identité. La migration de communautés rurales, souvent très traditionnelles, vers de grandes villes industrielles peut également être l'occasion d'une confrontation de valeurs, d'attentes et de modes de vie extrêmement différents. C'est un processus qui entraîne des problèmes psychologiques et psychosomatiques encore très mal compris et, partant, très mal gérés par les pays d'accueil. »²⁹

Comme il a été constaté dans de nombreux pays, outre les problèmes spécifiques qui se posent, l'attitude générale manifestée à l'égard des immigrés et des « étrangers » (ou des sous-groupes « d'étrangers ») a une incidence sur la réponse qu'apporte le système de soins de santé à leurs besoins particuliers.

²⁸ Organisation mondiale de la santé. Discours du Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, ICPD+5, La Haye, 8-12 février 1999, p.6.

²⁹ *Crossing Borders*, op. cit., p.36

C. Prise de risques

Un certain nombre d'études se sont intéressées au lien entre la mobilité humaine et l'augmentation des risques d'infection à VIH. Par exemple, selon Chardin, alors que les migrants constituent 6% de la population française, 14% des cas de SIDA recensés touchent des migrants.³⁰ Toutefois, comme le relèvent Decosas et Adrien,³¹ de nombreuses études épidémiologiques posent problèmes dans la mesure où elles se concentrent souvent sur les migrants plutôt que sur les facteurs augmentant la vulnérabilité au sein des populations mobiles.

Intrinsèquement, le statut de migrant n'est pas un facteur de risque. Ce sont les activités auxquelles on s'adonne au cours du processus de migration qui sont autant de facteurs de risque.

Les personnes se déplacent pour tout un ensemble de raisons : motifs professionnels, loisirs, fuite de la persécution politique ou d'un conflit armé, recherche d'une vie meilleure pour soi-même et ses enfants. Ces mouvements ne s'accompagnent pas nécessairement du franchissement d'une frontière : en Chine, par exemple, on recense environ 100 millions de personnes mobiles, qui se déplacent des zones rurales vers les zones urbaines, puis d'une zone urbaine à une autre.

Par rapport aux générations précédentes, un nombre croissant de personnes dans de nombreux pays vivent et sont rattachées à deux endroits différents, voire plus, dans leur pays d'origine ou dans un pays d'accueil. Pour les étudiants, mais de manière croissante pour d'autres catégories de population, on peut noter la mise en place d'une mobilité circulaire dans leur mode de vie. Comme le souligne Singhanetra-Renard pour la Thaïlande, « Les populations rurales aussi bien qu'urbaines entreprennent des migrations quotidiennes ou saisonnières et des déplacements périodiques à court ou long terme pour des motifs professionnels, pour l'éducation ou pour les loisirs, ainsi que pour d'autres raisons socioculturelles. »³²

La mobilité des personnes tend à suivre les perspectives offertes, et s'inscrit donc plus largement dans un schéma de déplacements des zones rurales vers les zones urbaines et/ou des pays pauvres vers les pays riches. Mais dans tous les cas, il s'agit d'un flux bidirectionnel. En effet, un migrant dont l'expatriation vers une ville ou un autre pays lui apporte une certaine réussite rentrera souvent dans son village d'origine pour afficher les marques de son succès.

Si le fait de partir au loin peut accroître la vulnérabilité et inciter les personnes à suivre des comportements à risque, la chose n'a rien d'évident. Par exemple, comme le précise Tan,³³ « Les femmes des zones rurales n'ont quasiment aucune chance d'échapper à leur condition sociale inférieure si elles restent dans leur village. Leur avenir se limite à un mariage précoce, le plus souvent avec un pouvoir de négociation réduit et un appui limité en matière de santé reproductive et sexuelle. Partir pour la ville reste toujours une perspective de mobilité sociale, et la migration peut effectivement être synonyme de meilleure santé et de meilleures conditions de vie. En outre, un environnement urbain, où les questions liées à la sexualité peuvent être plus librement abordées, peut également se révéler positif. »

³⁰ Chardin C. « Access to new treatments for migrants living with HIV and AIDS: The Policy Maker's Point of View – the Political and Juridical Situation in France » in *Access to New Treatments for Migrants living with HIV and AIDS – Second Annual Seminar, National Focal Points, European Project AIDS & Mobility*. Clarke K. et Bröring G. (dir. publ.), octobre 1999, p.15.

³¹ Decosas et Adrien, 1997, op. cit., p.578.

³² Singhanetra-Renard, op. cit., p.2.

³³ Tan M., op. cit., p.2.

Toutefois, l'un des traits majeurs des personnes mobiles, et en particulier celles qui le sont par choix, est qu'elles prennent des risques – elles parient sur le fait qu'un nouvel environnement leur sera bénéfique. Or, cette tendance peut le cas échéant déteindre sur les choix qu'elles font dans leur vie privée.

Parfois, il arrive que les migrants parviennent à emmener leur famille avec eux. Toutefois, dans la plupart des situations de migration de main-d'œuvre, ce n'est pas le cas. En Asie, il y a un vaste mouvement migratoire à l'échelle de la région où ce sont les femmes qui partent pour travailler comme domestiques. Ailleurs, la migration de personnes seules concerne essentiellement les hommes qui partent travailler dans l'industrie minière, la construction et l'agriculture.

Transplantés dans un nouveau milieu, séparés de leur famille et d'un partenaire sexuel régulier, hébergés dans des logements non mixtes, et confrontés aux contraintes et difficultés du processus de migration, les migrants peuvent contracter de nouvelles habitudes plus risquées. Pour certains, les besoins d'argent deviennent pressants, que ce soit pour acquérir des produits de première nécessité ou simplement pour subsister en attendant de trouver un emploi. Pour d'autres, l'anonymat que confère le statut d'étranger – en particulier dans les régions de transit – peut être à l'origine d'une hausse de l'activité sexuelle. De la même manière, la solitude, la frustration, la pression des pairs, auxquelles s'ajoute un accès plus facile aux drogues, peuvent inciter certains à succomber à la tentation des drogues injectables. Sans compter que des revendeurs de drogues peuvent tout à fait exploiter cet état de vulnérabilité.

Parfois, dans le cadre de leur migration, les migrants sont amenés à se livrer à des activités illicites ou considérées comme honteuses dans leur communauté d'origine. Par exemple, CARAM-Asie a constaté que « des milliers de femmes vietnamiennes pauvres partent au Cambodge pour gagner [de l'argent] en se livrant au commerce du sexe. (...) Un tiers des professionnelles du sexe indiquent être nées au Viet Nam. »³⁴

Bien souvent, la mobilité est associée à une perspective d'ascension sociale. Selon Singhanetra-Renard,³⁵ cette évolution sociale peut prendre plusieurs formes pour un Thaïlandais originaire d'une zone rurale :

- « Un emploi salarié garanti dans la fonction publique, les services, une entreprise manufacturière ou commerciale, même au plus bas de l'échelle – concierge, agent de nettoyage ou jardinier – dans la mesure où il est synonyme de contacts avec des résidents urbains qui occupent des postes élevés socialement, financièrement, voire politiquement.
- Un emploi de policier, militaire, infirmière ou secrétaire, ou tout autre emploi y compris dans le secteur informel pour lequel il faut porter un uniforme.
- Un poste dans une entreprise symbolisant la modernité ou l'influence occidentale – clubs de golf, discothèques, salons de thé, bars et karaokés.
- Un mariage avec un fonctionnaire, un Chinois ou toute autre personne occupant une certaine position sociale ou financière. »³⁶

Cela étant, Singhanetra-Renard souligne également que les voies de l'élévation sociale sont différentes pour les hommes et les femmes, et que les femmes « prennent souvent un raccourci via le commerce du sexe ».

³⁴ *Coordination of Action Research on AIDS and Migration*, op. cit., p.20.

³⁵ Singhanetra-Renard, op. cit., p.9.

³⁶ Ibid, p.9.

Le nombre et la proportion des communautés affectées par la migration n'est pas négligeable. Par exemple, les études menées en Afrique révèlent qu'entre un cinquième et un tiers des hommes et des femmes interrogés vivent séparés de leur partenaire sexuel régulier, avec deux grandes conséquences – l'abstinence ou des partenaires sexuels multiples.³⁷

Cela peut avoir pour résultat ce que rapportent Kane et al. : une étude du lien entre migration et sérologie VIH menée auprès des habitants d'un village du Sénégal a montré que 27% des hommes qui avaient voyagé auparavant en Afrique, et 11,3% des épouses de ces hommes étaient séropositifs au VIH. En revanche, au sein de l'échantillon (414 personnes) de ceux qui n'avaient pas quitté le Sénégal au cours des dix dernières années, un seul homme et une seule femme étaient séropositifs au VIH.³⁸

Au Mexique, 25% des personnes signalées comme vivant avec le SIDA dans les zones rurales ont des antécédents de migration temporaire aux Etats-Unis.

³⁷ Cleland J. et Ferry B. *Sexual behaviour and AIDS in the developing world*. Londres, Taylor & Francis, 1996, cité dans Haour-Knipe M. et Aggleton P., « Social enquiry and HIV/AIDS », *Critical Public Health*, Vol. 8, N° 4, 1998, p.261.

³⁸ Kane F., Alary M., Ndoye I. et al., « Temporary expatriation is related to HIV-1 infection in rural Senegal. » *AIDS* 1993, N° 7, p.1261-1235.

III. Equilibrage entre les traités internationaux et les droits des Etats

A. Déclarations pertinentes

Depuis le début, l'épidémie de VIH/SIDA a systématiquement suivi un cheminement unique dans lequel la discrimination, la marginalisation, la stigmatisation et, plus largement, le non-respect des droits humains et de la dignité des personnes et des groupes affectés ou exposés ont renforcé leur vulnérabilité au VIH/SIDA.

Par conséquent, face à ce problème, il est essentiel de bien comprendre et bien utiliser les principaux instruments qui fixent les normes internationales en matière de droits de la personne. Aujourd'hui, en plus de ces instruments, la plupart des pays industrialisés se sont également dotés d'une législation interdisant la discrimination.

Dans son rapport *Notre Voisinage Global*, la Commission sur la gouvernance mondiale³⁹ déclare, « Par comparaison relativement récent, le droit international intègre l'ensemble des règles et principes juridiques applicables entre les Etats, mais également entre les Etats et les autres acteurs, notamment ceux de la société civile mondiale et les organisations internationales. A une certaine époque, des spécialistes universitaires ont estimé que le droit international n'était pas un droit dans le vrai sens du terme puisqu'il n'existait aucune force de police internationale pour le faire appliquer, ni aucune sanction en cas d'infraction, ni aucun corps législatif international. Toutefois, avec le recours croissant au droit international, ce sont des propos que l'on entend moins souvent aujourd'hui. [...] Bien qu'ils soient souverains, les Etats ne sont pas pour autant libres individuellement de faire ce qu'ils veulent. Les règles du droit coutumier limitent les libertés des Etats souverains. »⁴⁰

Le droit international et les déclarations des droits de l'homme édictent les principes de non-discrimination, d'égalité de tous devant la loi, de liberté de mouvement, du droit à demander et obtenir asile, ainsi que d'autres principes humanitaires (voir annexe).

La Déclaration universelle des droits de l'homme a été adoptée en 1948.⁴¹ Ce texte repose sur le principe fondamental que les droits de l'homme sont fondés sur la « dignité inhérente » à chaque personne. Cette dignité, ainsi que les droits à la liberté et l'égalité qui en découlent, sont inaliénables.

Bien qu'elle n'ait pas l'effet contraignant d'un traité, la Déclaration universelle des droits de l'homme a acquis une reconnaissance universelle. De nombreux pays l'ont citée en tout ou en partie dans leurs textes fondamentaux ou leur constitution. Et bon nombre de pactes, conventions et traités relatifs aux droits de la personne conclus depuis 1948 sont fondés sur ses principes.

³⁹ La Commission sur la gouvernance mondiale a été créée en 1992 par des personnes convaincues que les évolutions de la situation internationale avaient donné naissance à une chance unique de renforcer la coopération mondiale afin de relever les défis du maintien de la paix, du développement durable et de l'universalisation de la démocratie. Structure indépendante, elle regroupait 28 dirigeants du monde venant d'horizons divers et occupant des responsabilités variées. Ils ont proposé une « éthique civique globale » fondée sur un équilibre des droits et responsabilités, et un ensemble de sept valeurs communes essentielles qui doivent orienter la gouvernance mondiale : le respect de la vie, la liberté, la justice, l'équité, le respect mutuel, la générosité et l'intégrité.

⁴⁰ *Our Global Neighbourhood. Notre Voisinage Global. Rapport de la Commission sur la gouvernance mondiale.* Oxford University Press, 1995, p.305.

⁴¹ Après un examen minutieux et 1400 tours de scrutin sur pratiquement chaque mot de chaque article.

Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels sont entrés en vigueur en 1976. Ils portent un peu plus loin la Déclaration universelle en adoptant des dispositions contraignantes. Une majorité des pays du monde sont parties à ces deux textes, ce qui ouvre la porte à une surveillance internationale des pratiques en matière de droits de la personne.

En particulier, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels reconnaît explicitement le droit de chacun à bénéficier du meilleur niveau de santé physique et mentale qui puisse être obtenu. En outre, son Article 2 (1) précise que les Etats parties au Pacte s'engagent à prendre, à titre individuel ou via une assistance et une coopération internationales, les mesures propres à donner effet progressivement aux droits reconnus dans le Pacte.

Depuis 1948, une soixantaine de traités et déclarations sur les droits de la personne ont été négociés au sein des Nations Unies, par exemple :

- La Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (1965).
- La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination contre les femmes (1979).
- La Convention relative aux droits de l'enfant (1989).
- La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (1990).

Il faut toutefois noter que cette dernière convention n'est pas encore entrée en vigueur puisque 20 Etats au moins doivent la ratifier et que, en mai 2000, 12 seulement avaient entamé le processus de ratification : l'Azerbaïdjan, la Bosnie-Herzégovine, le Cap-Vert, la Colombie, l'Egypte, le Maroc, le Mexique, l'Ouganda, les Philippines, le Sénégal, les Seychelles, et Sri Lanka. Malheureusement, aucun de ces pays n'appartient au G7⁴² – le groupe des grandes puissances industrielles, grand recruteur de main-d'œuvre migrante – si bien que même s'ils finissent par ratifier la convention, l'impact ne sera pas énorme.

Parallèlement, il y a lieu de rappeler que le droit de pénétrer et résider dans un Etat est limité aux ressortissants nationaux, et que les Etats ont quasiment toute discrétion pour fixer les règles de séjour et d'expulsion des étrangers. Cela étant, les traités internationaux imposent certaines limites (même si c'est souvent de manière implicite uniquement) aux prérogatives des Etats. En outre, comme le souligne le rapport *Notre Voisinage Global*, « Les normes du droit international – en particulier pour ce qui concerne les droits de la personne – guident d'ores et déjà les juges dans des affaires strictement nationales, puisqu'ils s'efforcent – à juste titre et dans la mesure permise par leur système juridique – de protéger sur le plan national des normes et valeurs universellement reconnues. »⁴³

Comme l'ont fait valoir Somerville et Wilson, « Par défaut, il faudrait partir du principe que tous les visiteurs souhaitant accéder à un pays bénéficient d'un droit d'entrée, à moins que le pays puisse justifier son refus de le leur accorder, de sorte que si un Etat peut bel et bien refuser des immigrants, y compris pour des motifs médicaux, ce refus doit respecter les droits de la personne et les principes de justice, et de sorte également qu'aucun Etat ne puisse refuser des réfugiés sur la base de critères médicaux. »⁴⁴

⁴² Les sept pays reconnus comme étant les principales puissances économiques internationales.

⁴³ *Our Global Neighbourhood. Notre Voisinage Global*, op. cit., p.325.

⁴⁴ Somerville M. A. et Wilson S. « Crossing Boundaries: Travel, Immigration, Human Rights and AIDS », *McGill Law Journal*, 1998, Vol. 43, p.782.

Dans le même ordre d'idées, Ngwena souligne que « malgré la propension des gouvernements à considérer l'accès aux soins médicaux comme un privilège [plutôt que] comme un droit, il ne s'agit pourtant pas moins d'un droit que les droits à la vie, à la dignité et à la liberté, qui sont inscrits en toutes lettres dans les constitutions nationales ».⁴⁵ A cet égard, il note également que Tomasevski⁴⁶ (entre autres) a démontré que la reconnaissance, dans les instruments internationaux relatifs aux droits de la personne, d'un droit universel aux soins de santé n'est pas remise en question. En fait, ce qui est en jeu, ce sont les paramètres relatifs à ce droit, ainsi que la possibilité de le faire appliquer.

Toutefois, une déclaration prochaine du Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies devrait confirmer l'interprétation selon laquelle la santé est tout à la fois un droit fondamental de la personne et une condition *sine qua non* pour l'exercice des autres droits de la personne.

L'OMS est la première organisation internationale à avoir défini la santé comme étant un droit fondamental de l'homme. En effet, dans la Constitution de l'OMS, adoptée en 1946, on peut lire que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain ». En outre, ce même texte définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et [non pas] seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Depuis, plusieurs instruments relatifs aux droits de la personne – traités, résolutions et recommandations adoptés par diverses instances – affirment que la santé est un droit fondamental de l'être humain et intègrent de nombreuses dispositions faisant directement référence à la description très large de la santé donnée dans la Constitution de l'OMS. La définition que donne l'OMS de la santé n'implique pas que tout un chacun a le droit d'être en bonne santé, mais elle impose à tous les Etats le devoir de respecter, protéger et satisfaire les aspirations qu'elle véhicule.⁴⁷

Le droit à des conditions de vie et de travail saines, le droit à une éducation pour la santé, et le droit à des soins de santé accessibles et abordables sont trois exemples de droits que les gouvernements devraient garantir à leurs populations migrantes.⁴⁸

Sur la question des restrictions des mouvements transfrontières, il convient de noter que « les restrictions visant à limiter ou réglementer l'immigration sont en général imposées **par** des pays qui sont soit des pays développés soit des pays à un niveau de développement intermédiaire, et pèsent essentiellement **sur** des ressortissants de pays en développement ».

Il faut également souligner que les restrictions qui établissent une discrimination à l'encontre des personnes vivant avec le VIH ou le SIDA, ou des personnes originaires de pays à forte proportion de cas de SIDA recensés, violent un certain nombre des dispositions du droit international (et bien souvent des droits nationaux également) interdisant la discrimination.⁴⁹

⁴⁵ Ngwena C. *AIDS and Right of Access to Treatment: The Scope and Limits*, rapport présenté à la XIème Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique, Lusaka (Zambie), 12-16 septembre 1999, p.2.

⁴⁶ Tomasevski K., 1995. Health rights. In Eide A., Krause C. & Rosas A. (dir. publ.), 1995. *Economic, social and cultural rights: A textbook*. Dordrecht, Boston, Londres, Martinus Nijhoff Publishers, p.125-142. Montgomery J., 1992. Recognising a right to health. In Beddard R. & Dilys, D. M. (dir. publ.), 1992. *Economic, social and cultural rights: Progress and achievement*. New York, St. Martin's Press, p. 184-203.

⁴⁷ Hendriks A. « The Right to Health and Access to New Treatments » in European Project AIDS & Mobility: *Access to New Treatments for Migrants Living with HIV and AIDS – Second Annual Seminar, National Focal Points, European Project AIDS & Mobility*. Clarke K. et Bröring G. (dir. publ.), octobre 1999, p.8.

⁴⁸ CARAM-Asie

⁴⁹ Somerville M. A. et Orkin A. J. « Human rights, discrimination and AIDS: concepts and issues », *AIDS* 1989, N° 3 (suppl. 1), p.S283-287.

En 1996, l'ONUSIDA et le Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme ont élaboré des *Directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme*. Avec un soutien financier de l'ONUSIDA, le Réseau international d'organismes d'entraide et de lutte contre le SIDA (ICASO) a publié et distribué (en anglais, français et espagnol) un *Résumé des Directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de la personne à l'intention des ONG* et un *Guide d'action sociale sur les Directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de la personne*.⁵⁰ Ces deux ouvrages fournissent des conseils pour utiliser les directives de façon à améliorer la réponse à l'épidémie et réduire la vulnérabilité des communautés affectées.

Les *Directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme* ont été soumises à la 53^{ème} session de la Commission des Nations Unies sur les droits de l'homme, en avril 1997. En avril 1999, à sa 55^{ème} session, la Commission a adopté une résolution appelant les gouvernements à lui faire part, lors de sa 57^{ème} session en 2001, des étapes entreprises pour promouvoir et mettre en œuvre les directives.⁵¹

Dans les *Directives internationales*, il est fait référence à la Déclaration et au programme d'action de Vienne, adoptés à la Conférence mondiale sur les droits de l'homme en juin 1993. Cette Déclaration stipule notamment que « Tous les droits de l'homme sont universels, indissociables, interdépendants et intimement liés. (...) S'il convient de ne pas perdre de vue l'importance des particularismes nationaux et régionaux et la diversité historique, culturelle et religieuse, il est du devoir des Etats, quel qu'en soit le système politique, économique et culturel, de promouvoir et de protéger tous les droits de l'homme et toutes les libertés fondamentales. »⁵²

Au-delà du système juridique proprement dit, comme le souligne *Notre Voisinage Global*, « Les compétences techniques et organisationnelles de certaines ONG, ainsi que leur capacité à agir en tant que groupe de pression, sont autant d'atouts efficaces pour accroître et favoriser le respect des droits de la personne. Nous encourageons vivement ces groupes à poursuivre leurs actions auprès des gouvernements, des institutions multilatérales, des entreprises multinationales et des autres entités relevant du droit international pour les inciter à se conformer à leurs obligations juridiques. »⁵³ Pour sa part, l'auteur du présent rapport rajouterait, « et pour se conformer aux exigences économiques et éthiques mondiales implicites ».

B. Propagation internationale de la maladie

Répondre aux maladies infectieuses par des mesures restrictives est une attitude qui n'est plus encouragée depuis le milieu du 19^{ème} siècle, et en particulier depuis la création de l'OMS.⁵⁴ Le Règlement sanitaire international fait obligation aux Etats Membres de l'OMS d'éviter la mise en place de restrictions pour les maladies non soumises à réglementation. L'infection à VIH et le SIDA ne figurent pas dans la liste des maladies donnant lieu à réglementation.

Comme le souligne Wahdan, « L'un des principaux objectifs visés avec l'adoption du Règlement sanitaire international est de mettre un peu d'ordre dans la situation chaotique qui

⁵⁰ Réseau international d'organismes d'entraide et de lutte contre le SIDA (ICASO). *Guide d'action sociale sur les Directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de la personne* et *Résumé des Directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de la personne à l'intention des ONG*. Octobre 1997.

⁵¹ Résolution 1999/49.

⁵² Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme/ONUSIDA. *Directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme*. Nations Unies, New York et Genève, 1998, p.40.

⁵³ *Our Global Neighbourhood. Notre Voisinage Global*, op. cit., p.327.

⁵⁴ Allin N. E. « The AIDS Pandemic: international travel and immigration restrictions and the World Health Organization's Response », *Virginia J. of Int. Law*, 1988, 28, p.1043-1063.

surviendrait si tous les pays pouvaient imposer à leur gré les réglementations qui leur paraîtraient nécessaires pour protéger leur population des maladies déjà présentes dans d'autres pays.

Le Règlement sanitaire international est conçu pour être un code de conduite universel visant à normaliser les procédures que doivent suivre tous les pays dans leur lutte contre les maladies. [...] Il précise qui doit faire quoi et dans quel but, qu'il s'agisse de notification ou de mesures de prévention et de lutte.

La dimension de protection et de maintien de l'ordre des anciennes règles – qu'illustre l'importance donnée à la mise en quarantaine des personnes malades et des personnes ayant été à leur contact – a aujourd'hui cédé le pas à des mesures de santé publique plus raisonnables. Les modifications apportées au Règlement sanitaire international mettent en évidence le fait que les meilleurs stratégie et mécanisme de défense contre la propagation internationale des maladie sont encore d'exercer une surveillance accrue permettant de détecter et traiter au plus tôt les foyers d'infection. »⁵⁵

L'irruption du VIH et l'émergence (ou réémergence) d'autres maladies infectieuses ont entraîné un réexamen complet du rôle des instruments tels que le Règlement sanitaire international dans la protection de la santé publique mondiale, mais aussi des méthodes selon lesquelles ces instruments internationaux sont élaborés et mis en place.

Par exemple, Fidler⁵⁶ affirme que « La crise du VIH/SIDA a mis en lumière de manière dramatique les faiblesses des réglementations sanitaires. Dans la mesure où le SIDA n'était à l'origine pas soumis aux réglementations, les Etats n'avaient aucune obligation de notification concernant cette nouvelle maladie. Cet état de fait n'a pas été modifié et il perdure toujours. Par ailleurs, sachant que le VIH/SIDA se propageait à l'échelle mondiale, de nombreux Etats ont adopté des mesures d'exclusion qui, de l'avis des experts, contrevenaient aux dispositions en vigueur des réglementations sanitaires. Face à l'une des plus graves crises sanitaires de ce siècle, certaines parties du Règlement sanitaire international se sont révélées totalement inadaptées, et d'autres ont été ouvertement enfreintes. »⁵⁷

Cela étant, Fidler ne dit pas qu'il existe des problèmes intrinsèquement attachés au droit international, mais qu'il y a plutôt un manque de vigilance et d'attention dans sa mise en application. Ainsi, il relève que, « Concernant les infections émergentes, l'OMS préconise une approche juridique internationale en recommandant une révision du Règlement sanitaire international. Par cette recommandation, l'OMS indique qu'elle reconnaît la nécessité d'un accord juridique international pour le traitement des infections émergentes. A bien des égards, la menace que ces infections font peser sur le monde entier constitue un cas d'étude pour le droit international en matière de santé publique. »⁵⁸

Enfin, Fidler propose un certain nombre de stratégies possibles pour l'avenir, et notamment l'utilité de tirer les enseignements des avancées réalisées dans le domaine de l'environnement sur le plan international.

⁵⁵ Wahdan M. H. « Shortcomings in the Current Version of the International Health Regulations and Difficulties in their Implementation », *Consultation informelle de l'OMS pour examiner la réponse internationale aux épidémies et l'application du Règlement sanitaire international*, décembre 1995, EMC/IHR/GEN/95.4.

⁵⁶ Fidler D. P. *Globalization, International Law, and Emerging Infectious Diseases*, Vol. 2, N° 2, avril-juin 1996.

⁵⁷ Ibid, p.80.

⁵⁸ Ibid, p.80.

C. Incidence de la mondialisation

La mondialisation croissante de toutes les sociétés humaines entraîne une réévaluation du concept de souveraineté absolue des Etats à l'intérieur de leurs frontières. Bien sûr, les grands manquements aux droits de l'homme – tels qu'un génocide par exemple – ont toujours attiré sur eux l'attention extérieure, mais aujourd'hui il est de plus en plus largement admis que « ce qui se passe près de chez vous, peut aussi arriver chez vous ».

Le « village mondial » est bien plus qu'un marché mondial. Dans le village mondial, il n'y a qu'une seule santé publique mondiale.

A cet égard, le cas de la tuberculose est un bon exemple : en Australie, à Hong Kong (Chine), en Malaisie et à Singapour, le nombre des cas de tuberculose n'a pas baissé depuis plusieurs années, à cause de l'incidence de la tuberculose chez les nouveaux immigrants.⁵⁹

Malheureusement, dans bon nombre des pays les plus durement touchés, le VIH s'accompagne d'une épidémie associée et croissante de tuberculose. Et s'il est relativement facile de détecter la tuberculose active lors d'un examen clinique, c'est aussi une infection qui, contrairement au VIH, se transmet facilement dans le cadre du travail ou de la vie sociale. Dans un discours devant l'assemblée plénière de la XIème ICASA en septembre 1999, le Dr Okware, du Ministère de la Santé de l'Ouganda, faisait observer que « Dans certaines zones d'Afrique, l'incidence de la tuberculose s'établit de plus en plus à un niveau alarmant – qui atteint parfois 8% par an. »

Certes, les personnes affaiblies par une infection à VIH sont plus facilement infectées par le bacille de la tuberculose, mais bon nombre d'entre elles l'hébergent depuis leur enfance. A l'échelle mondiale, des millions de personnes sont déjà infectées à la fois par le VIH et le bacille de la tuberculose, et les risques de multiplication des co-infections dans les pays en développement sont énormes, compte tenu de la prévalence écrasante des porteurs du bacille dans la population (30% environ) et des presque 6 millions de nouvelles infections à VIH chaque année. Selon toute vraisemblance, l'incidence colossale de la tuberculose que l'on anticipe sur le plan mondial⁶⁰ s'accompagnera de l'émergence d'un nombre significatif de souches de tuberculose à bacilles multirésistants. Et il ne faut pas exclure une propagation de ces souches multirésistantes dans les pays développés, comme dans les pays en développement.

Par conséquent, tout retard dans la lutte contre les épidémies de VIH et de tuberculose dans les pays en développement, par un renforcement du dépistage et des traitements – la tuberculose étant curable par un traitement antibiotique, et ce quel que soit l'état sérologique du malade au regard du VIH – peut directement avoir de graves répercussions sur le secteur des soins de santé de tous les pays.

Comme le souligne *Notre Voisinage Global*, « Le principe de la souveraineté des Etats a de tout temps présidé aux relations que les pays entretiennent entre eux. Or, dans un monde toujours plus interdépendant, les concepts de territorialité, d'indépendance et d'intervention ont perdu une partie de leur sens. Les nations doivent se faire à l'idée qu'il est des domaines où

⁵⁹ *La tuberculose dans la Région OMS du Pacifique occidental*, Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, 1999.

⁶⁰ Dans les pays industrialisés, un quart de tous les cas de tuberculose touche les plus de 65 ans, contre un dixième seulement dans les pays en développement d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine. Dans les pays en développement, la tuberculose est le plus fréquemment une maladie des jeunes adultes – 60% de tous les cas étant des jeunes gens, hommes et femmes, en âge de procréer. Sur le plan de la sexospécificité, la tuberculose a également une incidence. En effet, elle représente désormais la première cause de mortalité infectieuse des femmes du monde entier, et elle est la première cause de décès des femmes en âge de procréer.

la souveraineté doit s'exercer collectivement, notamment lorsqu'il s'agit du patrimoine global. De plus, bien souvent, les menaces les plus sérieuses posées à la souveraineté nationale et à l'intégrité territoriale ont aujourd'hui une origine intérieure.

Les principes de souveraineté et de non-intervention doivent être adaptés d'une manière qui tienne compte de la nécessité de trouver un équilibre entre les droits des Etats et les droits des peuples, et entre les intérêts des nations et ceux de la communauté mondiale. »⁶¹

Sur cette même question, Christakis avance qu'il existe des problèmes qui sont non pas des problèmes d'ampleur mondiale, mais des problèmes internationaux. C'est le cas notamment de la pollution, l'appauvrissement de la couche d'ozone, la prolifération des armes, la faim et le SIDA. Ce sont, dit-il, des problèmes qui éclosent à cause « de l'interrelation directe existant entre ce problème dans un pays et ce même problème dans un autre ». ⁶²

Auparavant, les politiques en matière de migration se souciaient essentiellement de savoir si les migrants ne risquaient pas de devenir une charge pour les services sociaux et sanitaires des pays d'accueil. C'est pour cette raison qu'un certain nombre de pays exigent une sérologie négative à l'entrée ou lors du renouvellement des permis de séjour et de travail.^{63,64,65} Il est fait état de restrictions, à la fois dans les pays où de nombreux cas sont signalés et dans ceux où très peu de cas sont signalés.⁶⁶ Il convient de souligner que les restrictions peuvent au bout du compte accroître la vulnérabilité des migrants à l'infection à VIH en sapant la confiance, en accroissant l'hostilité à leur égard, et en décourageant les personnes touchées de s'orienter vers des services de conseil et d'appui.⁶⁷

Dans la pratique, les restrictions n'apportent quasiment rien aux pays qui les mettent en place. Comme le souligne Gilmore, « Plus de 60 pays interdisent l'accès à leur territoire à une ou plusieurs catégories d'étrangers touchés par le VIH. Bien souvent, cette mesure est mise en œuvre dans le cadre d'une tentative malencontreuse visant à prévenir la transmission du VIH ou les dépenses publiques liées aux soins. Dans le premier cas, cette mesure ne poserait pas vraiment problème si les personnes résidant dans le pays ne s'exposaient pas elles-mêmes au VIH. En effet, refouler les étrangers séropositifs n'a aucune incidence sur le comportement des ressortissants du pays. Par ailleurs, le poids économique imputé aux personnes étrangères séropositives ne tient pas compte du fait que ces personnes travaillent, apportent leur contribution à la société dans laquelle elles vivent, et l'enrichissent de leurs valeurs et compétences. »⁶⁸

De manière générale, on a toujours relativement négligé les risques économiques (et éthiques) que peut poser le fait d'ignorer les besoins sanitaires de ces travailleurs.

Sachant que la majorité des migrants sont des adultes dans la fleur de l'âge, au début de leur vie professionnelle et de leur vie génésique, le VIH pourrait fort bien avoir des conséquences sociales et économiques dramatiques si une part importante de cette popu-

⁶¹ *Our Global Neighbourhood. Notre Voisinage Global*, op. cit., p. 337.

⁶² Christakis N. A. « Responding to a Pandemic: International Interests in AIDS Control », in Graubard S. R. (dir. publ.) *Living with AIDS*, Cambridge, Massachusetts, MIT Press, p.330.

⁶³ Duckett M. et Orkin A. J. « HIV/AIDS-related migration and travel policies and restrictions: a global study ». *AIDS*, 1989, 3 (suppl. 1), p.S231-252.

⁶⁴ Archiv für Sozialpolitik AIDS Archiv. « Restrictions of entry and residence for people with HIV/AIDS: a global survey. » Francfort, 1991.

⁶⁵ Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada. *Pays où l'autorisation de séjour est assujettie à des restrictions liées au VIH*. Décembre 1996.

⁶⁶ De nombreux pays ont adopté une double approche : des mesures et pratiques empreintes de compassion à l'égard de leurs ressortissants, mais une approche pouvant aller jusqu'à la mort économique à l'égard des migrants.

⁶⁷ ONUSIDA. *Actualisation sur les migrations et le VIH/SIDA*, op. cit.

⁶⁸ Gilmore N. *Human Rights Issues and Migration*, intervention devant la 12^{ème} Conférence internationale sur le SIDA, Genève, Suisse, juillet 1998.

lation cessait de contribuer à la société. C'est déjà ce qui se passe dans de nombreux pays d'Afrique, mais d'autres régions du monde à forts contingents de populations mobiles voient de plus en plus se profiler l'ombre d'un tel scénario.

Un document de référence de l'ONUSIDA de 1998 affirme que « tant que l'on appréhendera la question de la migration illégale uniquement sous l'angle de la sécurité et des intérêts nationaux, la question de la santé publique sera négligée ». ⁶⁹ Mais cette étude va encore plus loin et avance que tant qu'**un seul** segment d'une population (qu'il soit présent sur un territoire de manière légale ou non) sera négligé sur le plan de la santé publique, alors la réponse mondiale au SIDA restera limitée, avec pour corollaires des souffrances et des coûts.

La Conférence d'Alma-Ata (1978) a été l'occasion d'un examen approfondi des principes sous-jacents et des orientations des systèmes de soins de santé, ainsi que d'un réengagement en faveur d'une stratégie axée sur les soins de santé primaires en préalable indispensable à toute amélioration notable de la santé dans les pays. ⁷⁰ Cependant, les conséquences sanitaires d'une récession mondiale et de la mondialisation n'avaient pas été prises en compte à Alma-Ata, ni non plus la nécessité d'un développement durable qui mettrait l'être humain au cœur de ses préoccupations.

Quoi qu'il en soit, la Déclaration d'Alma-Ata stipule que « l'accession de la population d'un pays donné à un niveau de santé satisfaisant intéresse directement tous les autres pays et leur profite à tous ».

A l'avenir, il faudra renforcer l'action mondiale pour protéger et améliorer la santé sur les plans local et national, en reconnaissant l'interdépendance des questions de santé entre tous les Etats.

⁶⁹ ONUSIDA. *Migration et VIH/SIDA*. Document préparé pour le Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA, décembre 1998, p.5.

⁷⁰ Organisation mondiale de la Santé. 1978. *Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires*, Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978.

IV. Accès à la santé

A. Financement des soins de santé

Le financement des soins de santé peut être assuré pour la plus grande partie par les pouvoirs publics, par le secteur privé, ou bien par les deux. En revanche, ce sont les pouvoirs publics qui décident de l'affectation des fonds disponibles. En Zambie, par exemple, 0,8% seulement du produit national brut (PNB) est consacré aux soins de santé, contre 7 à 10% dans la plupart des pays industrialisés.

Il convient de noter que les ressources financières destinées à la santé sont dans leur immense majorité apportées par des sources strictement **nationales**. Cela est également vrai pour les pays qui reçoivent une aide internationale au développement significative de sources telles que les banques pour le développement, les agences bilatérales pour le développement, les organisations non gouvernementales internationales, les fondations et les institutions des Nations Unies. Par exemple, en 1994, les dépenses de santé dans les pays à revenus faible et moyen se sont élevées à 250 milliards de dollars des Etats-Unis, dont seuls 2 à 3 milliards provenaient de l'aide au développement.

Suite aux profondes réformes menées ces dernières décennies dans de nombreux pays, les systèmes de santé ont été largement privatisés, et la participation au coût des soins par les patients s'est sensiblement généralisée. Dans son mot d'introduction du *Rapport sur la santé dans le monde 1999*, le Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, soulignait que « la participation active des gouvernements dans la fourniture des soins de santé a contribué aux avancées de ces dernières années, mais bon nombre d'entre eux sont sans doute allés trop loin. En effet, les efforts menés pour fournir des services à tout le monde ont donné lieu à des rationnements arbitraires, des inégalités, un manque de réactivité et un financement défaillant des services fondamentaux. » Elle note également que les gouvernements ne peuvent pas « fournir et financer tous les services pour tout le monde », mais repousse parallèlement l'approche consistant à limiter les services de santé aux seuls patients en mesure d'en acquitter le prix. « Non seulement les approches axées sur le marché conduisent à une inégalité intolérable au regard des droits fondamentaux de la personne, mais tant la pratique que l'analyse théorique donnent à penser que les mécanismes du marché se révèlent eux aussi inefficaces. (...) En outre, les pays qui se sont largement appuyés sur les mécanismes du marché pour atteindre les niveaux de revenu dont ils jouissent aujourd'hui sont précisément ceux qui font massivement appel aux pouvoirs publics pour financer leur système de santé. »⁷¹ Le Dr Gro Harlem Brundtland appelle de ses vœux des changements dans tous les pays pour garantir une réglementation juste, efficiente et participative du secteur de la santé.

Dans de nombreux pays en développement, et en raison d'un ensemble de facteurs différents, les établissements de soins sont souvent mal équipés, les médicaments font parfois défaut, et la prévention et la prise en charge du VIH/SIDA sont particulièrement insuffisants. Une étude récente de l'OMS formulait le commentaire suivant sur l'utilisation des ressources dans les pays pauvres : « Dans l'ensemble, les systèmes nationaux de santé dépendent de l'argent pour des interventions médiocres dont les retombées sont très faibles ».⁷² Et bien sûr, dans certains

⁷¹ OMS. *Rapport sur la santé dans le monde, 1999 – Pour un réel changement*. Organisation mondiale de la Santé, 1999, p.xiv.

⁷² OMS. « The Global Health Priority: Reducing the burden on the poor », *World Health Opportunity: Developing Health, Reducing Poverty. Document de séance*, mai 1999, p.36.

pays en développement, la mortalité croissante des personnels du secteur de la santé due au VIH commence à avoir une incidence directe sur la fourniture des services de santé.

La plupart des pays industrialisés offrent une assurance maladie universelle, ou du moins généralisée, à tous leurs ressortissants ainsi qu'aux résidents permanents en situation régulière. Par conséquent, le poids des soins de santé est rarement écrasant pour un individu. En particulier, le coût des médicaments est relativement modique, ce qui constitue une différence notable par rapport à la situation dans la plupart des pays en développement.⁷³

Même entre des pays en développement voisins, on peut noter des disparités du point de vue de la fourniture des soins de santé. Le Burkina Faso, le Ghana et le Togo comptent un grand nombre de travailleurs frontaliers, et les migrants vont le plus souvent consulter dans les établissements du Ghana (parfois en traversant la frontière dans ce seul but), parce que des trois pays il est celui où les services de santé coûtent le moins cher.

Compte tenu du fait que, avec la mobilité à l'échelle mondiale, l'on ne peut pas traiter comme il convient les risques sanitaires dans le strict cadre des frontières nationales, de nombreux pays industrialisés apportent une aide financière directe aux soins de santé dans certains pays en développement ciblés. Par exemple, le programme sanitaire pour la région du Pacifique Sud de la Nouvelle-Zélande (NZODA) a été mis sur pied en 1997 en réponse aux inquiétudes suscitées en Nouvelle-Zélande par l'état sanitaire des pays insulaires voisins, notamment ceux avec lesquels elle entretient les relations les plus étroites.⁷⁴

Les coûts différenciés d'accès aux soins entre les ressortissants et résidents légaux et les autres personnes sont une autre question. En effet, la plupart des pays industrialisés donnent librement accès à leurs services de soins de santé aux migrants légaux, mais facturent l'intégralité du coût aux non-résidents. Dans un petit nombre de pays, la fourniture des soins est régie par des accords bilatéraux ou multilatéraux, en vertu desquels les ressortissants des pays signataires bénéficient d'une couverture complète. Par exemple, l'Australie a passé des accords bilatéraux avec la Finlande, l'Italie, Malte, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suède.

B. La « nouvelle » santé publique

En matière de santé publique, l'un des principes fondamentaux est que l'élaboration et la mise en place de programmes de prévention et d'intervention précoce sont les clés de toute avancée sanitaire majeure. Les améliorations de l'état sanitaire de la population au cours de ce siècle sont autant d'exemples de ce principe.

Les changements environnementaux, sociaux et personnels qui favorisent la santé et évitent l'attaque et le développement de la maladie sont ceux qui sont porteurs des plus grands espoirs pour l'avenir, puisqu'il est admis de tous que la thérapie et la rééducation n'ont jamais suffi à elles seules à vaincre la maladie. Une prévention active est absolument nécessaire pour parvenir à ce résultat.

⁷³ « Les inégalités sont criantes », selon le Dr Jonathan Quick, Directeur, Médicaments essentiels et autres, OMS. « Dans les pays développés, un traitement antibiotique coûte l'équivalent de deux à trois heures de salaire, le traitement de l'infection à VIH pendant un an coûte l'équivalent de quatre à six mois de salaire et la plupart des médicaments sont remboursés. Or, dans les pays en développement, un traitement antibiotique complet pour une simple pneumonie peut coûter jusqu'à un mois de salaire. Dans bon nombre de ces pays, le traitement de l'infection à VIH pendant un an, s'il fallait le payer, représenterait le revenu de 30 années de travail. Qui plus est, la majorité des ménages doivent payer les médicaments de leur poche ». Propos extraits du Communiqué de presse WHA/13 du 22 mai 1999, *L'OMS se penche sur les rapports entre commerce et produits pharmaceutiques*.

⁷⁴ Ministère des Affaires étrangères et du Commerce de la Nouvelle-Zélande. *NZODA Regional Health Programme Initiatives, 1997-1999*.

Sur ces bases, on a développé au cours des vingt dernières années une « nouvelle » santé publique qui s'appuie moins sur le dépistage et la mise à l'écart, et fait plus largement appel à l'intégration et la collaboration avec les sous-populations concernées. Avec une priorité accrue donnée à la prévention de la maladie – essentiellement dans l'objectif de lutter contre le tabagisme et réduire les risques de maladies cardiovasculaires – l'approche de la modification du comportement des populations a été modifiée en profondeur, notamment parce que les modèles coercitifs ont prouvé leur inefficacité.

Haour-Knipe⁷⁵ décrit ce nouveau modèle dans les termes suivants : « Ce modèle, fondé sur l'apprentissage social, l'inclusion et la coopération, œuvre à la réduction des risques, à la persuasion en faveur d'une modification des modes de vie associés à la maladie, à l'éducation, au dépistage volontaire, au conseil, à la protection de la vie privée et à l'intérêt social. Lorsque l'accent n'est plus mis sur la lutte, mais sur l'information, les postulats sont transformés dans une réorientation épistémologique majeure : le calcul des risques, stérile et potentiellement dangereux, est mis de côté, et tous les segments de la population sont mis sur un pied d'égalité. A l'idée qui sous-tend toute mesure obligatoire – à savoir que les gens ont nécessairement un comportement irresponsable – on substitue l'idée contraire, à savoir que si on leur fait confiance, ils auront nécessairement un comportement responsable. La règle d'or est avant tout de protéger les vies et d'éviter que la maladie ne se propage. Ensuite, c'est de travailler en collaboration avec ceux qu'il convient de protéger, pour développer et utiliser leurs capacités à éviter de prendre des risques. »

Les cinq principes édictés dans la Charte d'Ottawa⁷⁶ synthétisent l'essence de cette « nouvelle » approche :

- Elaborer une politique publique saine.
- Créer des milieux favorables.
- Renforcer l'action communautaire.
- Acquérir des aptitudes individuelles.
- Réorienter les services de santé.

Malheureusement, si l'on a bien noté une évolution générale des philosophies chez les spécialistes de la santé publique au cours des vingt dernières années, les législations et réglementations de nombreux pays sont toujours l'expression des anciennes approches. Ainsi, diverses restrictions sont aujourd'hui appliquées, tant par des pays industrialisés que des pays en développement (en général sur la base de l'approche classique du 19^{ème} siècle en matière de législation publique face aux maladies infectieuses). Certes, bon nombre de ces dispositions ne sont pas appliquées (pour ce qui concerne les régions en développement, la faiblesse des flux migratoires entrants y limite l'application), mais ces restrictions existent néanmoins et il est toujours légalement possible de les appliquer.

Fluss⁷⁷ souligne qu'« intégrer, dans les textes relatifs aux maladies transmissibles, les principes d'évaluation objective des risques, d'évaluation de l'efficacité, et de minimisation de l'impact sur les droits de la personne, favorise la prise de décisions fondées sur des éléments scientifiques et rationnels plutôt que sur la peur et l'ignorance du public. »

⁷⁵ Haour-Knipe M. Social enquiry and HIV/AIDS, document de référence préparé pour la XIV^{ème} Conférence internationale sur les sciences sociales et la médecine, Peebles, Ecosse, 2-6 septembre 1996.

⁷⁶ Charte d'Ottawa, WHO/HPR/HEP/95.1. Charte adoptée au cours d'une Conférence internationale pour la promotion de la santé, novembre 1986.

⁷⁷ Fluss S., *Some recent patterns and trends in communicable disease legislation in selected European countries*, intervention au cours de la réunion de mai 1996 du projet Biomed 2 sur les maladies transmissibles, les modes de vie et la responsabilité personnelle – droits et éthique.

C. Niveaux d'accès

De manière générale, pour ce qui est de l'accès aux soins dans les sociétés d'accueil, les migrants occupent une position relativement vulnérable en raison d'un ensemble de facteurs : barrière de la langue, différences de conception quant à la maladie et la santé, et racisme parmi les prestataires de services et au sein de la société en général. En outre, les migrants en situation irrégulière sont fréquemment amenés à vivre et travailler dans des conditions insalubres et peu sûres, voire sont exploités pour un salaire très bas. En conséquence, de nombreux migrants n'ont pas les moyens de se payer des services de santé, ou même d'accéder aux services de soins du fait de leur statut au regard de la loi.

Dans le contexte du VIH/SIDA, et dans une moindre mesure des MST, ces problèmes généraux deviennent souvent plus aigus.

Parfois, les pouvoirs publics ajoutent directement des obstacles supplémentaires dans l'accès aux soins de santé, y compris pour les migrants légaux. Par exemple, comme le fait observer Bronfman, « Le Congrès des Etats-Unis, sans doute aiguillonné par la pensée que les migrants légaux et illégaux prennent une part « excessive » dans les programmes d'aide publique, a approuvé certaines dispositions relatives aux migrants dans la Loi de 1996 sur la réforme de l'immigration illégale et la responsabilité des migrants (Illegal Immigration Reform and Immigrant Responsibility Act). Ce texte restreint notamment l'accès aux programmes d'aide sociale, y compris pour les migrants en situation régulière. »⁷⁸

Cela étant, les conditions d'accès aux soins de santé varient grandement selon les pays. Decosas note que, dans le contexte de l'Afrique, « Certains travailleurs migrants et leur famille bénéficient en fait de services de santé supérieurs à ceux auxquels ils ont accès dans leur communauté d'origine, voire supérieurs à ceux offerts dans leur communauté d'accueil. »⁷⁹

Un certain nombre de projets spécifiques visant à améliorer l'accès aux soins ont été mis en œuvre. Certaines de ces approches sont évoquées ci-après, dans la section V. de cette étude. Malheureusement, peu d'entre elles s'attaquent à la question de l'accès à la prévention et aux soins aux points d'origine, de transit et de destination des migrants. Or, pour que les migrants bénéficient pleinement de leur droit d'accès aux soins de santé, il faut que tous les points du continuum de leur déplacement soient pris en compte.

Comme l'indique Gilmore,⁸⁰ « Lorsque les non-ressortissants se voient privés de toute possibilité d'être en bonne santé, non seulement cela met en danger leur santé, mais cela renforce du même coup la discrimination et le déni. Les efforts de santé publique, et en particulier les efforts de prévention, sont sapés, ce qui met en péril la santé de toute la population. »

Lors d'une séance consacrée aux *Populations mobiles et au VIH: vulnérabilité, risque et droits de l'homme*, au cours de la 12^{ème} Conférence internationale sur le SIDA, les intervenants ont apporté des éléments indiscutables selon lesquels « la santé des populations migrantes se porte rarement bien lorsque la question est laissée aux seules instances nationales, du pays de départ comme du pays d'arrivée ». ⁸¹ Il est essentiel qu'un nombre croissant de pays

⁷⁸ Bronfman M. « Mexico and Central America », in Appleyard R. et Wilson A. (dir. publ.). « Migration and HIV/AIDS », *International Migration Quarterly Review*, Vol. 36(4), 1998, p.614. Decosas J., *Labour Migration and HIV Epidemics in Africa*, intervention devant la 12^{ème} Conférence internationale sur le SIDA, Genève, Suisse, juillet 1998.

⁷⁹ Decosas J., *Labour Migration and HIV Epidemics in Africa*, intervention devant la 12^{ème} Conférence internationale sur le SIDA, Genève, Suisse, juillet 1998.

⁸⁰ Gilmore N. *Human Rights Issues and Migration*, intervention devant la 12^{ème} Conférence internationale sur le SIDA, Genève, Suisse, juillet 1998.

⁸¹ Haour-Knipe M. *In conclusion*, intervention devant la 12^{ème} Conférence internationale sur le SIDA, Genève, Suisse, juillet 1998.

acceptent le fait que la migration est un processus qui touchent au moins deux communautés, et non pas une seule, et adaptent leurs politiques en conséquence.

D. L'intervention précoce est la solution la moins onéreuse

Même si l'importance de la prévention et de l'intervention précoce est largement reconnue, tout un ensemble de forces économiques et sociales, mais également des personnes à titre individuel, ont mis des freins au développement et à la mise en œuvre généralisée de programmes de prévention et d'intervention précoce.

Généralement, la santé ne devient un sujet de préoccupation que lorsqu'on risque de la perdre suite à une blessure ou à la maladie.

Ensuite, comme le note Barlinguer,⁸² « La notion de santé comme pierre angulaire de la croissance économique, multiplicateur des ressources humaines, et surtout objectif principal de cette croissance économique, a totalement cédé le pas à une notion diamétralement opposée. En effet, les services de santé publique et les soins de santé sont maintenant perçus comme un obstacle, voire l'obstacle majeur à l'équilibre des finances publiques et la richesse des nations. La réduction des dépenses de santé (et non pas la rationalisation, qui est partout un impératif) est devenue la priorité numéro un des gouvernements.

Le modèle des soins de santé primaires vus comme l'élément fondamental de la prévention et du traitement des maladies a été pratiquement abandonné. Aujourd'hui, la tendance est au démantèlement de tous les rouages de la santé publique. Même dans les pays à faibles ressources, la priorité va aux technologies coûteuses. »

On a pu avoir le sentiment que cette érosion de l'importance accordée à la santé en tant que facteur de croissance économique découlait des politiques et de l'approche prônées par la Banque mondiale et le Fonds monétaire international. Quoi qu'il en soit, la Banque mondiale affirme désormais que la réforme du secteur de la santé est un moyen bien plus qu'une fin en elle-même, et assure que l'accent est de nouveau mis sur les déterminants de la santé (éducation, pauvreté, environnement, sexospécificité) et sur des objectifs sanitaires tangibles.

Récemment, Ngwena⁸³ notait que, en Afrique, « Le secteur public des soins de santé est surchargé, mal équipé et mal géré. La diminution des budgets de la santé, consécutive à la baisse des dépenses gouvernementales consacrées aux services publics, a été à l'origine de l'effondrement pur et simple de nombreux services de santé publique dans plusieurs pays. Les médicaments nécessaires au traitement des maladies courantes sont soit de mauvaise qualité soit ne sont pas disponibles, et il en va de même des équipements médicaux. Parallèlement, les programmes d'ajustement structurel imposés par les institutions issues de Bretton Woods, normalement pour aider l'Afrique à conduire sa réforme économique, ne laissent en fait pas grand-chose en termes de ressources pour les soins de santé. »

En juillet 1999, la Banque mondiale a annoncé qu'elle envisageait à l'avenir de mener une action plus ferme contre le SIDA. Un haut responsable de la Banque notait à cette occasion que le SIDA n'est plus seulement un problème de santé, mais une véritable crise du développement qui touche tout particulièrement l'Afrique. En travaillant avec les gouvernements

⁸² Berlinguer G. « Indivisibility and Globalisation of Health », in *Effects of Globalisation on Health*, rapport d'un symposium tenu au cours de l'Assemblée annuelle de l'ONG Forum for Health, Genève, mai 1998.

⁸³ Ngwena C. *AIDS and Right of Access to Treatment: The Scope and Limits*, op. cit., p.10.

et d'autres institutions, la Banque mondiale a indiqué qu'elle escomptait réexaminer les efforts qu'elle mène actuellement en Afrique, et le cas échéant réorienter un financement.

Evoquant l'accent mis récemment par la Banque mondiale sur l'épidémie de SIDA en Afrique, M. Callisto Madavo, Vice-Président pour la Région africaine, a déclaré « Le SIDA a balayé à une vitesse effarante de nombreux acquis du développement enregistrés par l'Afrique au cours des dernières décennies. Il a diminué l'espérance de vie dans les régions les plus touchées par l'épidémie et menace maintenant le monde des affaires et le développement économique. L'Afrique a un besoin urgent de ressources et de soutien pour renverser cette catastrophe. C'est pourquoi nous plaçons l'épidémie au centre de notre programme de développement, et au cœur de tous les aspects de notre travail en Afrique. »⁸⁴

Un examen similaire de l'interaction entre le développement économique et le SIDA pourrait bientôt avoir lieu en Asie. En effet, le Premier Ministre de la Malaisie a lancé un appel en octobre 1999 à tous les dirigeants de la région, y compris « les chefs de gouvernement de la région Asie-Pacifique, pour qu'ils organisent un sommet sur le SIDA de façon à parvenir à une meilleure coordination des efforts (...), [mais aussi] à souligner la gravité de la pandémie de SIDA et la nécessité d'une action urgente pour la combattre ». Le docteur Mahathir a également évoqué les droits des travailleurs migrants, soulignant « la nature transfrontières de l'épidémie ».⁸⁵

Un autre facteur a lui aussi concouru au fait que l'on n'a pas accordé la priorité voulue à la prévention et l'intervention précoce. En effet, dans pratiquement tous les pays, les systèmes de soins de santé sont structurés en fonction de modèles de soins pour les maladies en phase aiguë. Les professionnels de la santé sont formés pour fonctionner dans le cadre des paramètres prévus – et la santé préventive est rarement le domaine auquel les « meilleurs et les plus brillants » consacrent le plus de temps et d'énergie.

De manière générale et dans la plupart des pays, des sommes énormes d'argent public ont été consacrées au soutien des systèmes de fourniture de soins en phase aiguë. En effet, bon nombre de décideurs tendent à privilégier le traitement de la maladie après qu'elle s'est déclarée, au détriment de la prévention. Cela s'explique sans doute par le fait que les avantages de la prévention se manifestent dans le long terme, et ne sont donc pas immédiatement perceptibles.

Lomas⁸⁶ a pris l'exemple des maladies cardiovasculaires comme étalon pour examiner l'efficacité des différentes interventions possibles – autrement dit des différents points d'intervention sur le continuum des réponses envisageables aux maladies cardiovasculaires.

- Secours d'urgence : pontage coronarien, thrombolyse.
- Soins médicaux de routine : traitements médicamenteux anticholestérol, lutte contre l'hypertension.
- Accès étendu aux soins de santé : soins « gratuits », fourniture accrue de soins.
- Approche classique de la santé publique : programmes de modification des modes de vie.
- Services d'appui et d'aide familiale : visiteurs à domicile, appui social.
- Cohésion sociale : associations subventionnées, réduction des inégalités de revenu.

⁸⁴ ONUSIDA, Communiqué de presse : *A Lusaka, les responsables des Nations Unies s'engagent à majorer les efforts contre le SIDA en Afrique*. Lusaka, 15 septembre 1999.

⁸⁵ Rapport mis en ligne le 25 octobre 1999 sur SEA-AIDS, un forum électronique indépendant hébergé par la Fondation du Présent, <http://www.fdp.org>.

⁸⁶ Lomas J. « Social Capital and Health: Implications for Public Health and Epidemiology », *Soc. Sci. Med.* Vol. 47, N° 9, p.1181-1188, 1998.

La dernière forme d'intervention – la cohésion sociale – est rarement évoquée dans les discours sur les politiques de santé. Comme le précise Lomas, « Ce sont des mesures visant à garantir et approfondir la cohésion sociale. Il s'agit donc de préserver et développer les structures sociales telles que les lieux de réunion, les ligues et clubs sportifs, les associations, ainsi que tous les autres éléments de la collectivité qui permettent l'échange de valeurs et de points de vue et favorisent la confiance mutuelle. »⁸⁷ En analysant le rapport coût/efficacité, Lomas a déterminé que les interventions visant à accroître l'appui social et/ou la cohésion sociale au sein d'une communauté étaient au moins aussi efficaces en matière de prévention des décès prématurés dus à des maladies cardiovasculaires, que l'accès étendu aux soins de santé ou les soins médicaux de routine.

Si l'on peut extrapoler les résultats des travaux de Lomas au cas du VIH/SIDA – ce qui est certainement possible – alors une attention accrue apportée aux services d'appui et à la cohésion sociale (ce qui est tout à fait à la portée même des plus pauvres parmi les pays en développement) devrait permettre d'améliorer l'accès des migrants (et des autres) à la prévention et aux soins, pour un coût équivalent, voire inférieur, à ce qu'il est aujourd'hui. De la même manière, si la création de groupes d'appui pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA peut se révéler utile pour le soutien psychologique des membres des groupes, mais aussi en tant qu'élément d'une stratégie de prise en charge et de prévention du VIH/SIDA à la fois indispensable et efficace par rapport à son coût, alors les pouvoirs publics et autres acteurs clés peuvent favoriser et appuyer la création de tels groupes d'appui. A cet égard, il faut noter qu'une Conférence satellite sur le « Principe d'une plus grande participation des personnes vivant avec le VIH/SIDA » – organisée au cours de la Onzième Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique (Conférence de Lusaka) – a fait observer que même si moins de 1% seulement des personnes séropositives en Afrique ont publiquement fait état de leur situation, celles-ci sont devenues des agents efficaces du changement sur le continent.

Par ailleurs, toute approche axée sur l'appui social et la cohésion sociale s'accompagne nécessairement d'une place plus importante accordée aux interventions « au niveau communautaire », de préférence aux interventions « à assise communautaire ». (Les interventions au niveau communautaire visent à modifier l'ensemble de la communauté, par le biais de la mobilisation et de l'organisation, tandis que les interventions à assise communautaire visent à modifier des comportements individuels.)

Decosas souligne également que « les petites améliorations apportées à l'environnement physique et social des migrants et de leur communauté peuvent en fait produire des effets bénéfiques plus importants que la fourniture de services ciblés ». Il cite ainsi l'exemple de plantations en Côte d'Ivoire où les employeurs ont entrepris d'améliorer les infrastructures sociales en mettant à disposition des écoles, des logements et des équipements de loisirs.⁸⁸

Selon le compte rendu d'une séance intitulée « What Works? » (Qu'est-ce qui marche ?) concernant le VIH/SIDA et les MST et l'action communautaire, qui s'est tenue en septembre 1999 lors de la Conférence de Lusaka, voici les principales conclusions auxquelles les participants étaient parvenus :

- Il est important de ne jamais imposer un programme à une communauté, mais de l'apporter à son invitation.
- Les communautés sont capables d'utiliser leurs ressources et leurs compétences pour gérer des programmes de prévention efficaces et durables.

⁸⁷ Ibid, p.1183.

⁸⁸ Decosas J., *Labour Migration and HIV Epidemics in Africa*, op. cit.

- Il faut impliquer les éléments mobilisateurs des communautés dans les phases de planification et de mise en œuvre des programmes.
- Associer les soins et la prévention et soutenir l'action volontaire sont deux éléments essentiels de la réussite d'une stratégie de prévention.
- Il est important d'intégrer dans les structures existantes les soins aux personnes touchées par le VIH.⁸⁹

Ces éléments fondamentaux doivent aussi être pris en compte dans les programmes spécifiques destinés aux populations mobiles.

E. Faut-il d'autres interventions que celles spécifiquement axées sur le VIH/SIDA ?

Il existe un lien étroit entre les maladies sexuellement transmissibles (MST)⁹⁰ et la transmission de l'infection à VIH par voie sexuelle. La présence d'une MST non soignée peut multiplier par 10 les risques de transmission et d'acquisition du virus. Le traitement des MST est donc une stratégie importante pour prévenir l'infection à VIH dans une population.

Relativement peu onéreux, le traitement des MST est en lui-même grandement efficace par rapport à son coût. Ce rapport coût/efficacité se trouve encore amélioré si l'on tient compte en outre de la diminution des risques de transmission du VIH.^{91,92} De plus, dans les pays en développement, les MST constituent un problème sanitaire majeur, puisqu'elles sont la deuxième cause de perte d'années de vie en bonne santé chez les femmes entre 15 et 45 ans, après la morbidité et la mortalité maternelles.

L'ONUSIDA a déclaré, « Compte tenu de l'ampleur du problème des MST et de son lien étroit avec la transmission du VIH, il est indispensable de mettre au point de nouvelles approches pour éviter qu'elles ne se propagent. L'une de ces approches consiste à adopter un « module de santé publique » en plusieurs points :

- Encourager les comportements sexuels à moindre risque.
- Renforcer la programmation en matière de préservatifs.
- Inciter les malades à se faire soigner.
- Intégrer la lutte contre les MST dans les soins de santé primaires et dans d'autres services de santé.
- Offrir des services spéciaux aux populations particulièrement exposées.
- Prendre intégralement en charge les cas.
- Prévenir et traiter la syphilis congénitale et la conjonctivite néonatale.
- Dépister à un stade précoce les infections asymptomatiques et symptomatiques. »⁹³

⁸⁹ AF-AIDS listing N° 408. *Community initiatives – What works?* Onzième Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique, Lusaka (Zambie), 12-16 septembre 1999, 22 septembre 1999.

⁹⁰ De plus en plus fréquemment désignées par l'appellation Infections sexuellement transmissibles (IST).

⁹¹ ONUSIDA. *Actualisation ONUSIDA : Lutte contre les MST : mesures de santé publique*. Mai 1998.

⁹² Piot P. « Sexually transmitted diseases in the 1990s. Global epidemiology and challenges for control ». *Sex. Transm. Dis.*, mars-avril 1994, 21 (Suppl. 2), p.S7-13.

⁹³ *Ibid*, p.2.

A titre de mesure complémentaire, on peut élargir les activités de planification familiale, de façon à ce que toutes les personnes prennent bien conscience de leur droit à la santé génésique. Ainsi, plusieurs pays qui comptent d'importantes populations de migrants ont élaboré des services de planification familiale à l'intention de ces communautés. Ces services spécifiquement destinés aux migrants peuvent être élargis, parallèlement aux évolutions qui s'opèrent partout dans le monde en matière de planification familiale. Depuis la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, la plupart des gouvernements et les principaux organismes donateurs se sont engagés en faveur de la mise en œuvre d'un programme axé autour des grands points suivants :

- La nécessité de développer des services de meilleure qualité en matière de soins de santé sexuelle et génésique.
- La nécessité de l'égalité entre les sexes et, par-là même, de l'émancipation des femmes.
- Une plus grande responsabilité des hommes au regard de leur comportement sexuel et génésique, et de leur rôle dans la famille et la société.
- Une plus grande attention accordée aux besoins sexuels et génésiques des adolescents.
- L'élimination de la violence contre les femmes.
- Des efforts particuliers pour contrer la propagation des infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH.
- Une participation élargie aux programmes de santé génésique et de planification familiale.

Le cas échéant, les décideurs seront amenés à réévaluer les programmes et services existants de santé génésique et de lutte contre les MST, et à élargir leur domaine d'application et/ou les populations ciblées. Indiscutablement, il existe des liens importants entre l'objectif général d'une meilleure santé sexuelle et génésique et l'objectif spécifique de la lutte contre les MST et le VIH.

Dans la pratique, par rapport aux ressortissants non mobiles de la plupart des pays, les migrants et populations mobiles bénéficient généralement d'un accès moindre aux services de santé génésique et de lutte contre les MST. Il paraît donc urgent d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes spécifiquement ciblés.

V. Approches prometteuses à étudier et élargir à l'avenir

En matière d'actions de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA et des MST spécifiquement destinées aux migrants, il existe de nombreuses formes d'interventions tout à fait encourageantes : accès aux préservatifs, campagnes dans les médias de sensibilisation et d'information sur le VIH/SIDA, théâtre et séances en petits groupes, éducation par les pairs, activités de proximité et services de soins mobiles, et programmes spécialisés de soins et d'appui. Les initiatives les plus efficaces sont celles qui font intervenir différentes stratégies.

De nombreux pays considèrent qu'il est à la fois plus efficace par rapport au coût et moins perturbant d'intégrer le VIH/SIDA et les MST dans les services de santé non spécialisés qui prennent en charge d'autres aspects de la santé des migrants. Il faut souligner que les services de santé destinés aux migrants nécessitent une certaine souplesse, en plus d'un engagement tout particulier des personnels soignants. En outre, des représentants des groupes ciblés doivent participer à l'élaboration et la fourniture des services. De manière générale, il faut aussi prévoir une formation spécialisée et continue de l'ensemble des personnels impliqués.

Ce qui arrive malheureusement parfois (mais ce n'est pas propre au seul domaine des migrants et du VIH/SIDA et des MST), c'est que l'on interrompt un programme efficace parce qu'on a le sentiment qu'une population ciblée a été bien informée en matière de méthodes de prévention et d'accès aux soins. Or, il faut maintenir les programmes qui fonctionnent, le cas échéant en les modifiant, même lorsqu'on estime qu'un point de saturation a été atteint. En effet, de nouvelles personnes rejoignent chaque jour des groupes de population donnés (en devenant sexuellement actives, en s'initiant à la consommation de drogues, en devenant des professionnel(le)s du sexe, etc.), et d'autres ont besoin d'une information constamment répétée et renforcée. Dans le même ordre d'idées, il arrive que les recommandations, directives et programmes ne soient pas intégralement appliqués sur le terrain,⁹⁴ de sorte qu'un suivi régulier est toujours nécessaire.

Un certain nombre de projets sont détaillés ci-après. Ils illustrent certaines des interventions prometteuses actuellement menées dans différentes régions du monde. Il convient de noter qu'il est rarement possible de transplanter telle quelle une initiative. La sélection de projets présentée est donc donnée à titre indicatif, mais aussi pour montrer comment ces projets peuvent être modifiés et adaptés à un nouveau contexte. En plus des aspects portant sur la fourniture des services, ces projets ont pour trait commun de cibler des décideurs politiques à un ou plusieurs niveaux.

1. Projets de l'ONUSIDA et des institutions des Nations Unies

i) Afrique occidentale

En Afrique, les projets visant à réduire la vulnérabilité au VIH liée à la mobilité, la migration et le commerce du sexe (qui accompagne souvent la migration) sont menés par l'Initiative pour l'Afrique occidentale, pour laquelle l'Equipe interpays de l'ONUSIDA, basée à Abidjan, sert de secrétariat.

⁹⁴ Voir par exemple, le rapport d'un projet financé par la CE et soumis par le Merchant Navy Welfare Board, Royaume-Uni. *Seafarers: EC Co-ordination of Information on HIV and STDs. Final Report*, 1998.

Financée par la Banque mondiale (avec des contributions des gouvernements canadien et allemand), l'Initiative pour l'Afrique occidentale couvre 17 pays, ainsi que des réseaux d'ONG et de personnes vivant avec le VIH/SIDA. Elle a notamment publié un manuel pratique à l'intention des organismes mettant en œuvre des projets de prévention du VIH auprès des professionnel(le)s du sexe et de leur clients, et a constitué un solide réseau de spécialistes techniques pouvant aider les pays dans l'élaboration et la mise en œuvre de projets.⁹⁵

Sept pays ont participé au programme Action Recherche : le Burkina Faso, la Côte d'Ivoire, le Ghana, le Mali, le Niger, le Sénégal et le Togo. Certains des projets sont basés dans des villes commerciales importantes, le long des grands axes d'échanges internationaux, mais d'autres ont été mis en place dans des régions frontalières, caractérisées par de nombreux passages des frontières.

Le succès de ces projets en Afrique occidentale a suscité un vif intérêt dans les pays d'Afrique centrale, qui mettent à leur tour en œuvre des projets comparables.

L'Initiative pour l'Afrique occidentale, menée en collaboration avec le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), s'efforce également de renforcer les associations de personnes vivant avec le VIH.

Le gouvernement du Tchad a lancé un projet, en collaboration avec l'Institut tropical suisse, visant à élaborer une approche médicale globale regroupant les services vétérinaires et de santé humaine à l'intention des populations nomades du Tchad. L'objectif de ce projet est de veiller à ce que les services proposés englobent bien les besoins spécifiques des femmes et des enfants, y compris les aspects nutritionnels. En outre, il couvrira également les soins de santé et l'éducation sanitaire (dont la lutte contre les IST) en collaboration étroite avec les groupes participants.

ii) Afrique orientale

L'« Initiative des pays des Grands Lacs dans la lutte contre le SIDA » (GLIA), axée sur les populations mobiles et le VIH/SIDA, regroupe le Burundi, le Kenya, l'Ouganda, la République démocratique du Congo, la République-Unie de Tanzanie et le Rwanda. Elle comporte plusieurs volets : l'échange d'informations, le soutien aux soins, la prise en compte de la réponse au VIH/SIDA dans les programmes d'action socioéconomiques et de développement, la promotion de la recherche appliquée, la mise au point de mécanismes de coordination et de collaboration entre les pays, et la mobilisation des ressources.⁹⁶

iii) Amérique centrale et Mexique

La mobilité et le commerce du sexe sont les deux grands axes d'une initiative sous-régionale menée en Amérique centrale et au Mexique, et à laquelle participent des gouvernements, des organismes bilatéraux, des ONG et des institutions des Nations Unies. Lancée en 1999, cette initiative se propose de mettre la prévention du VIH et des MST en tête de liste des priorités pour les populations mobiles, notamment les professionnel(le)s du sexe et leurs clients vivant dans les zones frontalières ou portuaires.⁹⁷

⁹⁵ Pour une discussion complète, voir Equipe inter pays de l'ONUSIDA pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, *Findings of the Research-Action « Migration and AIDS » Project*, disponible auprès de l'ONUSIDA, Genève et Abidjan, et auprès de la Banque mondiale, Washington.

⁹⁶ Réunion des responsables nationaux des pays de la GLIA, Kampala, Ouganda, mars 1998.

⁹⁷ Bronfman M., *Diagnostic, Intervention and Evaluation of AIDS and Migration in Central America and Mexico*, proposition de projet, 1999.

iv) Asie du Sud et du Sud-Est

En Asie du Sud et du Sud-Est, une initiative comparable est actuellement menée en direction des chauffeurs routiers, dont l'éloignement prolongé de leur foyer les expose au risque d'acquisition et de transmission du VIH à leurs partenaires occasionnel(le)s comme à leurs épouses. Cette initiative se propose d'accroître la sensibilisation des chauffeurs au problème du VIH et à l'utilisation des préservatifs. L'ONUSIDA a apporté un financement de départ. A la fin du premier semestre 1999, la Banque asiatique de développement et l'Agence de coopération technique allemande (GTZ) avaient engagé un financement substantiel.⁹⁸

v) Equipes interpays de l'ONUSIDA

Au cours de ces dernières années, les Equipes interpays de l'ONUSIDA ont concentré leurs efforts sur le développement et le renforcement de la collaboration entre les organismes régionaux et interpays sur les questions des mouvements transfrontières, de la mobilité et de la migration. Par exemple, l'Equipe interpays Asie-Pacifique basée à Bangkok travaille à développer la coopération interpays et le dialogue sur le plan régional en matière de migration et de consommation de drogues, deux problèmes particulièrement aigus dans la région. Parallèlement, l'Equipe interpays Asie-Pacifique appuie la recherche appliquée sur la vulnérabilité au VIH et la main-d'œuvre migrante dans la région.

L'Equipe interpays pour les Caraïbes s'est quant à elle fixé pour objectif de traiter la question de la mobilité dans la zone des Caraïbes. Ce programme comportera des travaux de recherche sur les migrants, le commerce du sexe et le tourisme.

Travail avec les marins du Pacifique

Une part importante de la population des pays insulaires du Pacifique est composée de marins (ou de veuves de marins). Le Secrétariat du Forum du Pacifique Sud collabore avec les écoles régionales de formation aux métiers de la mer, de façon à ce qu'elles prodiguent une information de qualité sur le VIH/SIDA et les MST. Cette collaboration porte sur plusieurs domaines :

Elargissement des programmes – Un module spécifique, élaboré en collaboration avec le programme régional de formation maritime, a été intégré dans le programme de formation maritime. Il sera dispensé dans 14 établissements de 12 pays insulaires du Pacifique.

Ateliers de formation des formateurs – Ils sont destinés aux formateurs des services de santé, des services maritimes et des ONG, chargés de la mise en œuvre du module, ou qui ont un rôle d'information continue et/ou d'appui aux marins et étudiants.

Ressources – Il s'agit d'une aide apportée sur le plan national par un membre de l'équipe du Secrétariat du Forum du Pacifique Sud, en partenariat avec les formateurs rattachés aux établissements. Elle comporte notamment la fourniture d'un guide de formation, de vidéos et d'autres matériels de formation et d'information destinés aux étudiants et aux formateurs.

Formation à l'éducation par les pairs – Ce programme est dispensé par le biais d'ateliers sous-régionaux aux jeunes marins prêts à assumer un rôle d'éducateur pour leurs pairs.



⁹⁸ Voir le site internet <http://www.hivundp.apdip.net>.

Petites subventions – Elles sont accordées à tous les pays participants pour élaborer leurs propres matériels ou à en traduire d'autres dans les langues locales.

Fourniture de préservatifs – En consultation avec les chefs d'établissement, des préservatifs devaient être distribués en 1999 et 2000.

Ce projet est mis en œuvre dans les Etats fédérés de Micronésie, à Fidji, à Kiribati, aux Iles Marshall, aux Iles Salomon, à Samoa, aux Tonga, à Tuvalu, à Vanuatu, et, dans une moindre mesure, en Papouasie-Nouvelle-Guinée.⁹⁹

2. Projets européens

i) Projet Européen Sida et Mobilité

Le Projet Européen Sida et Mobilité a été lancé à la demande de l'ancien Programme mondial de Lutte contre le SIDA de l'Organisation mondiale de la Santé. Créé en 1991, il s'est essentiellement concentré sur la prévention du VIH/SIDA, en ciblant notamment les voyageurs et migrants en Europe. Ces dernières années, il a été élargi aux questions relatives aux soins et à l'appui.^{100,101}

Ce projet, qui rassemble des Points focaux nationaux représentant 14 Etats Membres de l'Union européenne (UE), se propose de stimuler la collaboration et l'échange d'informations sur les activités liées au SIDA et destinées aux minorités ethniques et aux communautés de migrants. Les Etats Membres de l'UE représentés sont l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, l'Espagne, la Finlande, la France, la Grèce, l'Irlande, l'Italie, les Pays-Bas, le Portugal, le Royaume-Uni et la Suède.

Au cours de l'année 1999, chacun des Points focaux nationaux a organisé un séminaire autour d'un thème basé sur les priorités nationales définies en matière de prévention du VIH/SIDA et des MST, des communautés de migrants, des minorités ethniques et des autres groupes mobiles. Différentes activités de réseau ont été menées, notamment des programmes régionaux de formation – destinés aux ONG et aux organisations à assise communautaire – centrés sur l'éducation par les pairs au sein des populations de migrants, les personnes migrantes vivant avec le VIH/SIDA, et les services culturellement et linguistiquement adaptés.

En parallèle, le Projet propose un centre d'information et de documentation en ligne.¹⁰² Il publie régulièrement une bibliographie actualisée des ouvrages, articles et rapports intéressants, et donne également des liens vers d'autres organisations en Europe actives dans les domaines de la migration et de la santé.

Dans sa Déclaration d'Athènes de novembre 1999, le Projet a noté que, en Europe, l'accès des migrants vivant avec le VIH/SIDA aux soins de santé, et en particulier aux traitements contre le VIH, était souvent très limité. Il a également précisé que cette situation était imputable à divers facteurs : des obstacles juridiques et administratifs, des problèmes

⁹⁹ Armstrong W. Pacific Islands HIV/AIDS and STD project final report, 1998.

¹⁰⁰ Projet Européen Sida et Mobilité. *AIDS & STDs and Migrants, Ethnic Minorities and other Mobile Groups; the State of Affairs in Europe*, de Putter J. (dir. publ.), juin 1998.

¹⁰¹ Projet Européen Sida et Mobilité. *Access to New Treatments for Migrants Living with HIV and AIDS – conclusions and recommendations*. Août 1999. Projet Européen Sida et Mobilité. *Access to New Treatments for Migrants Living with HIV and AIDS – Second Annual Seminar, National Focal Points, European Project AIDS & Mobility*. Clarke K. et Bröring G. (dir. publ.). Octobre 1999. *Déclaration d'Athènes*, novembre 1999.

¹⁰² <http://www.nigz.nl/aidsmob/>.

socioéconomiques, un manque de services et d'informations culturellement et linguistiquement adaptés, et l'ostracisme.

Par ailleurs, le Projet a reconnu la nécessité générale d'élargir l'accès des migrants aux soins de santé. Les parties qui collaborent à ce projet ont constaté qu'il leur faut travailler pour renforcer les services qui travaillent déjà avec les migrants, améliorer la collaboration entre les différents services, accroître la participation des travailleurs migrants, et sensibiliser les professionnels de la santé et des questions sociales aux problèmes culturels et linguistiques, ainsi qu'aux besoins des migrants.

Enfin, alors que les Etats Membres de l'UE ne sont théoriquement pas autorisés à expulser des migrants souffrant de maladies graves vers des pays où leurs besoins sanitaires ne peuvent pas être satisfaits, le Projet Européen Sida et Mobilité a noté qu'il n'était pas rare que des personnes dans ce type de situation soient effectivement reconduites à la frontière. Le Projet a demandé à ce que l'accès aux nouveaux traitements soit garanti à toutes les personnes touchées par le VIH/SIDA qui vivent dans les Etats Membres de l'Union européenne, et ce quel que soit leur statut au regard de la loi. Dans un rapport récent, le Projet indique que chaque Point focal national a élaboré un plan d'action, destiné à servir de base aux futures activités sur le plan national et spécifiquement axé sur l'amélioration de l'accès des migrants aux traitements contre le VIH/SIDA.¹⁰³

ii) Projet transnational de prévention du SIDA et des MST parmi les prostituées immigrées en Europe (TAMPEP)

C'est en 1993 qu'a été lancé le projet TAMPEP,¹⁰⁴ avec pour objectif de développer des modèles de promotion de la santé auprès des femmes et travestis/transsexuels (hommes en femmes) originaires d'Europe orientale, d'Amérique latine, d'Afrique et d'Asie du Sud-Est et travaillant dans le secteur du commerce du sexe en Europe occidentale, septentrionale et méridionale. Le cœur du projet est la prévention du VIH et des MST mais, comme l'ont observé les acteurs du projet, il a fallu s'occuper de la santé en général des professionnelles du sexe immigrées pour promouvoir les comportements à moindre risque, mais aussi de leurs position sociale et conditions de travail.

De manière générale, les professionnelles du sexe immigrées en Europe ne bénéficient que d'un accès extrêmement limité aux services de soins de santé.¹⁰⁵ Le projet TAMPEP s'est montré efficace dans le contact avec la population ciblée. Entre 1995 et 1997, les équipes nationales TAMPEP ont ainsi été en rapport avec plus de 30 000 professionnelles du sexe immigrées en Allemagne, en Autriche, en Italie et aux Pays-Bas.¹⁰⁶

Entre 1994 et 1997, le projet TAMPEP a noté une hausse du nombre à la fois des professionnelles du sexe et des transsexuelles, et de celui de leurs pays d'origine. En 1997, on dénombrait ainsi 25 nationalités différentes dans les quatre pays participant au projet. Et les profils socioculturels des professionnelles du sexe ont eux aussi été multipliés. Parallèlement, en 1997, le projet TAMPEP notait une mobilité accrue des professionnelles du sexe immigrées en Europe, au sein d'un même pays, mais aussi entre les pays. Ainsi, la majorité des femmes contactées par les équipes TAMPEP avaient travaillé dans au moins deux pays européens différents au cours d'une même année, voire trois pays ou plus.¹⁰⁷

¹⁰³ Projet Européen Sida et Mobilité : *Access to New Treatments for Migrants Living with HIV and AIDS – Second Annual Seminar*, op. cit., p.5.

¹⁰⁴ Projet transnational de prévention du SIDA et des MST parmi les prostituées immigrées en Europe (TAMPEP), *October 96/September 97 Final Report*, 1997.

¹⁰⁵ EUROPAP/TAMPEP. *1996-1997 Final Report*, octobre 1997.

¹⁰⁶ *TAMPEP Final Report*, op. cit., p.1.

¹⁰⁷ *Ibid*, p.3.

Environ 30 000 personnes travaillent dans la prostitution aux Pays-Bas. Les autorités néerlandaises estiment que 50 à 60% de toutes les professionnelles du sexe sont originaires de pays extérieurs à l'UE, et qu'elles résident illégalement aux Pays-Bas. Dans le cadre de ses activités sur le terrain, le projet TAMPEP a pu constater que 80 à 90% des professionnelles du sexe travaillant en vitrine étaient des personnes migrantes.

En 1997, on comptait en Allemagne entre 200 000 et 400 000 femmes travaillant dans l'industrie du sexe, dont une proportion d'immigrées variant entre 60 et 70% dans les villes et les zones frontalières.

De manière croissante, le projet TAMPEP mène son travail de prévention en coordination avec un réseau international de prestataires de services et de projets fondamentaux mis en place dans les pays de départ, de transit et d'arrivée. Par exemple, il s'est associé à EUROPAP, un projet qui cible les professionnel(le)s du sexe en Europe. Il s'est peu à peu affirmé comme un centre expert en matière de formation et de conseil sur la situation des professionnel(le)s du sexe immigré(e)s, à l'intention des prestataires de services et des décideurs (publics ou non) de tous les Etats Membres de l'UE, et au-delà.

Le projet TAMPEP a réussi à obtenir un accès accru pour les professionnelles du sexe immigrées aux services sociaux et de santé dans les quatre pays participant au projet. Cela étant, même dans ces pays, la majorité des professionnelles du sexe immigrées ne bénéficient toujours que d'un accès très limité à ces services.¹⁰⁸ Il convient de noter que la plupart des pays de l'UE proposent des dépistages du VIH et des MST (et certains traitements) généralement gratuits et bien souvent anonymes. Malheureusement, de nombreuses prostituées immigrées n'en sont pas averties, ou font preuve de méfiance à l'égard des services officiels.

3. Amérique du Nord

i) La Whitman Walker Clinic, Washington DC, Etats-Unis

La Whitman Walker Clinic (WWC) de Washington DC est l'une des principales organisations de prise en charge SIDA aux Etats-Unis. Elle propose ses services aux personnes vivant aux Etats-Unis avec le VIH et le SIDA,¹⁰⁹ quel que soit leur statut au regard de l'immigration.¹¹⁰ Par conséquent, cet établissement fournit des soins et un appui à sans doute plus de migrants illégaux que légaux. La clinique offre tout un éventail de services aux personnes vivant avec le VIH : dépistage anonyme et conseil, soins médicaux et dentaires, services juridiques, gestion des cas, santé mentale et traitement de la dépendance, et soins quotidiens. Par ailleurs, la

¹⁰⁸ L'accès aux soins spécialisés pour les professionnelles du sexe immigrées (illégal) est raisonnablement facile et bon marché, voire gratuit, dans la plupart des régions des Pays-Bas. L'Allemagne propose des tests de dépistage du VIH gratuits et anonymes aux personnes ne bénéficiant pas d'une couverture sociale, mais elle ne leur permet pas d'obtenir de traitement ou de thérapie préventive. Les organismes et organisations officiels (y compris, apparemment, les organisations représentant les professionnelles du sexe allemandes) sont semble-t-il peu disposés à adapter les services pour mieux répondre aux besoins des migrants, de sorte que très peu de professionnelles du sexe immigrées ont recours à des services de soins de santé. En Autriche, où des bilans médicaux gratuits sont proposés uniquement aux résidents légaux, un réseau proposant des soins médicaux gratuits ou bon marché aux professionnelles du sexe immigrées vient d'être créé à Vienne et à Linz. En Italie, officiellement, des traitements d'urgence gratuits sont proposés en consultation externe à tout le monde, y compris aux résidents étrangers temporaires. Toutefois, le projet TAMPEP note que, dans la pratique, de nombreuses régions n'offrent pas ces services (les régions évoquent des contraintes budgétaires), et les professionnelles du sexe immigrées n'ont que rarement accès à des services de soins de santé.

¹⁰⁹ Personnes vivant avec le VIH/SIDA.

¹¹⁰ Communication personnelle, Glenn Clark, directeur, Fleming-Morgan Access Center, Whitman-Walker Clinic, 17 septembre 1999.

clinique dispose d'une banque alimentaire et d'un service de logement pour les patients chez lesquels le SIDA a été diagnostiqué. L'ensemble de ces services sont accessibles à tous, sans considération de revenu, de couverture sociale ou de statut d'immigration.¹¹¹

4. Asie

i) CARAM (Coordination of Action Research on AIDS and Migration)

Créé en mars 1997, CARAM est un réseau régional d'ONG de l'Asie du Sud et du Sud-Est engagé dans un vaste programme de recherche et d'action sur la mobilité et le VIH/SIDA.¹¹² Au milieu de l'année 1999, CARAM regroupait les organisations suivantes : Tenaganita (Malaisie), CCDB (Bangladesh), Kalayaan (Philippines), CARE Thaïlande, CARE Viet Nam, CARE Cambodge et UCM (Indonésie). Le réseau, qui devrait bientôt s'étendre à d'autres pays de la région, est appuyé sur le plan technique par le personnel du département Culture et soins de santé de la Vrije Universiteit (Pays-Bas).

CARAM poursuit les objectifs suivants :

- Production d'informations sur la vulnérabilité et l'état sanitaire des travailleurs migrants en général, et en particulier au regard du VIH/SIDA.
- Action de persuasion pour améliorer les conditions de vie des migrants et mettre en évidence l'incidence de la migration sur la vulnérabilité au VIH.
- Elaboration d'interventions au niveau communautaire dans le domaine de la santé, en particulier aux fins d'éducation des migrants sur le VIH/SIDA et d'amélioration de l'accès aux établissements.
- Elaboration de modèles de recherche et d'action pour réaliser les objectifs ci-avant et collecter les données voulues pour le travail de persuasion.
- Protection des droits fondamentaux des migrants.

Les organisations partenaires de CARAM se chargent essentiellement de la production d'informations, de l'élaboration et de la stimulation des interventions locales et nationales (qui vont de la fourniture de services de santé au niveau communautaire à une action de persuasion aux niveaux local et national). CARAM-Asie est à la pointe en matière de persuasion à l'échelle régionale, de coordination internationale et d'échange d'informations.

CARAM-Asie et ses partenaires s'efforcent de faire en sorte que les migrants soient encadrés aux points de départ et d'arrivée. Par exemple, si le Ministère du Travail du Cambodge annonce qu'un nombre important de femmes vont partir travailler comme femmes de chambre en Malaisie, alors CARAM-Cambodge commence à élaborer un programme axé sur la phase

¹¹¹ A l'entrée, le personnel évalue la situation et les besoins du patient, y compris la possibilité de bénéficier d'une prise en charge. A cet égard, le service juridique de l'établissement peut aider le patient dans ses éventuelles démarches. Bien que les immigrants illégaux ne puissent *a priori* pas bénéficier d'une couverture de sécurité sociale, ils peuvent normalement prétendre au programme d'aide à la fourniture de médicaments contre le SIDA (AIDS Drug Assistance Program) qui offre la gratuité des soins contre le VIH aux malades à faibles revenus. Toutes les informations concernant un patient sont confidentielles. Face aux problèmes liés à la langue et pour garantir une participation active du malade dans les soins, la clinique propose, si possible, du personnel parlant la langue du malade, ou à tout le moins les services d'un interprète. Pour les patients d'origine latino-américaine, la clinique dispose d'un service spécifiquement réservé à leur intention. Les services du centre d'accès sont financés par un donateur privé, ce qui assure à l'établissement cette marge de manœuvre. Les sources de financement des autres services liés au VIH (notamment les financements fédéral, local et privé) permettent également à la clinique de proposer des services à tous les patients quel que soit leur statut au regard de l'immigration.

¹¹² CARAM-Asie. *Coordination of Action Research on AIDS and Migration. The vulnerability of migrants to HIV/AIDS*. Juin 1998.

avant le départ, CARAM-Malaisie prépare des interventions à l'intention des femmes cambodgiennes à leur arrivée, et CARAM-Asie réagit au niveau politique sur les questions relatives au dépistage du VIH chez ces femmes.¹¹³

Les membres de CARAM-Asie soulignent la rareté des études et interventions sur la mobilité menées dans plusieurs pays et à plusieurs niveaux. Or, ils précisent également que « L'expérience acquise via le programme CARAM en matière de recherche et d'action participative démontre que la participation des populations concernées à l'identification des problèmes, à la collecte des données nécessaires, et à l'analyse, contribue grandement à la faisabilité des interventions élaborées après une phase de recherche. Compte tenu de la nature même des recherches dans le domaine du VIH/SIDA (comportements sexuels, préjugés inavoués contre les étrangers, personnes ayant d'autres préférences sexuelles, etc.), la coopération des personnes concernées est absolument essentielle. Cela dit, les personnes stigmatisées, qui craignent la discrimination (ou pire), sont tout sauf disposées à partager une information avec des personnes extérieures. »¹¹⁴

CARAM-Asie dispose désormais d'une matrice de gestion des interventions qui intègre les concepts de « vulnérabilité (conduisant à des interventions communautaires en vue d'une émancipation), de risque (associé à une intervention plus personnalisée, axée sur les choix individuels), et de droits de la personne (associés à une action de persuasion) » ainsi que « des fenêtres d'opportunité, en termes de temps, de lieu et de circonstances, pour la mise en œuvre des interventions ». Par ailleurs, cette matrice accorde une attention nettement affirmée aux questions liées à la sexospécificité. Les facteurs de temps et de lieu qui sont importants sont notamment la phase avant le départ, la migration proprement dite, la période initiale d'adaptation, la phase d'intégration réussie, la migration de retour, et la réintégration dans la communauté d'origine.¹¹⁵

ii) Projets multiculturels sur le SIDA (multicultural AIDS projects) menés en Australie

En Australie, dans un contexte où les pouvoirs publics et les ONG accordent une grande attention aux communautés ethniques, en particulier les nouveaux arrivants, les autorités nationales et celles des Etats ont financé un ensemble de projets d'information sur le VIH/SIDA destinés aux communautés minoritaires, et notamment celles qui comptent peu ou pas de personnes parlant l'anglais couramment.

Une vidéo (traduite en six langues en plus de l'anglais) consacrée aux questions liées au VIH/SIDA et produite à l'intention des nouveaux immigrants par le projet multiculturel sur le SIDA de la Nouvelle-Galles-du-Sud s'est ainsi vu décerner l'Australian Multicultural Marketing Award 1999.

Toutes les campagnes menées dans les médias à l'échelle nationale ou des Etats sur le VIH/SIDA comportent au moins un module multilingue, et les informations imprimées sont généralement traduites en plus de 16 langues. En outre, la plupart des régions d'Australie comptent des professionnels de la santé spécialisés dans le VIH et les groupes ethniques, qui mènent des projets spécialement destinés aux professionnel(le)s du sexe et aux consommateurs de drogues injectables.

¹¹³ Ibid, p.28.

¹¹⁴ Wolffers I., Fernandez I., Verghis S. et Painter T. *A Model for Evaluating HIV/AIDS Interventions for Mobile Populations*, rapport présenté au Cinquième Congrès international sur le SIDA en Asie et dans le Pacifique, Kuala Lumpur, 23-27 octobre 1999.

¹¹⁵ Ibid, p.8.

« Siren's Story » est une brochure en tagalog destinée aux professionnelles du sexe philippines travaillant en Australie. Elle donne des informations sur les conditions d'exercice, la gestion de l'argent, ainsi que des conseils et informations sanitaires pour négocier des rapports sexuels protégés. Cette brochure existe en différentes versions, chacune destinée à des professionnelles du sexe originaire d'un pays différent.

Alors que les soins de santé sont officiellement réservés aux résidents légaux, des arrangements officieux sont parfois possibles. Ainsi, des migrants en situation irrégulière touchés par le VIH/SIDA ont été pris en charge dans le cadre du réseau des centres de santé sexuelle (Sexual Health Centres). Ces centres prodiguent des services de manière confidentielle, sans demander aux patients leur identité, alors que la plupart des autres services de santé sont tenus d'exiger la carte nationale d'assuré social délivrée uniquement aux résidents légaux. Il en découle que les personnes touchées par le VIH/SIDA et ne disposant pas d'une résidence légale en Australie peuvent néanmoins obtenir des soins en consultation externe pour un coût modique, voire nul, y compris des antirétroviraux, d'autres médicaments et un suivi de l'état de santé. La situation se complique toutefois lorsque les patients doivent être hospitalisés puisqu'ils doivent alors produire une carte d'assuré social, disposer d'une assurance maladie privée ou alors acquitter le prix des soins.

L'Australie propose un service national permanent (accès libre) de traduction et d'interprétation en plus de 100 langues (24 heures par jour, sept jours sur sept).

VI. Implications pour les décideurs politiques

Concernant la question de la santé des migrants, et en particulier au regard du VIH, des IST et de la santé génésique, l'un des problèmes d'ensemble reste que l'on n'a jusqu'à présent abordé le sujet que de manière limitée, parcellaire et sporadique.

Cette étude milite pour une approche plus complète et plus globale du problème, et relaie les demandes en faveur d'un leadership clair de la part d'un certain nombre d'organisations internationales. Toutefois, quel que puisse être le poids d'un ordre du jour « international » ou « mondial », le centre névralgique de toute décision restera l'Etat-nation. Dans ce contexte, le défi consiste à s'assurer que les Etats-nations comprennent bien que leur propre intérêt exige que l'on accorde toute l'attention voulue au problème du VIH et des IST dans toutes les populations du monde. De plus, il semble impératif que les décideurs surveillent l'ensemble du circuit de prise de décisions et veillent à ce que la question de la santé des migrants ne disparaisse plus à un moment ou un autre.

Comme le dit Parsons,¹¹⁶ « Si nous définissons la prise de décisions comme un processus dans lequel on fait des choix ou on sélectionne une option, alors la notion de décision implique qu'il existe un point ou une série de points dans le temps et l'espace auxquels les décideurs attribuent une valeur. Dans ce sens, la prise de décisions s'étend sur l'ensemble du cycle d'action. C'est le cas par exemple :

- des décisions concernant les points qu'il convient de considérer comme des « problèmes » ;
- des informations à retenir ;
- des choix concernant les stratégies à employer pour influencer sur les programmes politiques ;
- des choix concernant les options politiques qui méritent d'être examinées ;
- des choix concernant les options à sélectionner ;
- des choix concernant la fin et les moyens ;
- des choix sur les méthodes de mise en œuvre des politiques ;
- des choix sur les méthodes et critères d'évaluation des politiques.

A chacun de ces points, une prise de décisions intervient. Certaines de ces décisions impliquent l'attribution d'une valeur et l'allocation de ressources, soit par l'élaboration d'une politique, soit par la conduite d'un programme. Par conséquent, la prise de décisions intervient dans différentes enceintes et à différents niveaux. A un niveau donné, une décision est prise par de hauts responsables pour formuler une stratégie « nationale » en matière de santé ou d'économie. A un autre niveau, les décisions appartiennent à des acteurs qui participent à la politique de « santé » au niveau d'un hôpital ou d'un service local. »

¹¹⁶ Parsons W. *Public Policy. An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*. Edward Elgar Publishing Ltd, Royaume-Uni, 1997, p.245.

Les institutions internationales peuvent aider les pays en favorisant les meilleures pratiques et les accords et dispositifs qui couvrent tous les points du continuum de prise de décisions concernant le droit des migrants à la santé, en particulier pour tout ce qui touche au VIH/SIDA, aux MST et à la santé génésique. Par ailleurs, les nombreuses publications de chercheurs dans ce domaine doivent être « traduites », de façon à ce que les décideurs puissent accéder à ces travaux et à leurs implications sur le plan des politiques.

Il faut que les décideurs et les responsables de la planification admettent que le principe de l'égalité d'accès à l'information et aux services de santé nécessite bien souvent la mise en œuvre d'un certain nombre de stratégies diverses et complémentaires. Cette condition est impérative si l'on veut que tous les segments d'une population, en particulier les plus difficiles à toucher tels que les migrants illégaux, bénéficient d'un réel accès. Trop souvent, en particulier dans les pays industrialisés, on fait des déclarations selon lesquelles tout le monde aurait accès aux soins de santé, sans aucune restriction ou barrière pratique ou psychologique pour tel ou tel sous-groupe – tel que les femmes, les personnes ne parlant pas la langue, les personnes d'une autre culture, les personnes originaires des zones rurales ou des régions reculées, les personnes ne disposant que de ressources limitées dans un environnement riche, ou les personnes honteuses d'avoir contracté une IST.

Cette étude milite pour un certain nombre de changements qui peuvent améliorer la santé des migrants (en particulier du point de vue du VIH/SIDA, des autres infections sexuellement transmissibles et de la santé génésique) aux niveaux mondial, national et local.

- La reconnaissance du droit de chacun à bénéficier du meilleur niveau de santé physique et mentale qui puisse être obtenu. Dans le cas des migrants, cet objectif peut impliquer que l'on se penche sur le droit à des services de santé accessibles et abordables, le droit à des conditions de vie et de travail saines, et le droit à une éducation sanitaire appropriée.
- La prise en compte et le respect par tous les pays des traités et accords internationaux auxquels ils sont parties, ainsi que des dispositions applicables du droit coutumier international. En effet, il apparaît que de nombreux pays signent des traités et accords internationaux, mais n'adoptent pas ensuite les mesures voulues pour en respecter la lettre et l'esprit.
- L'application dans son ensemble et l'observation du Règlement sanitaire international.
- L'adoption de mesures visant à garantir que les pays d'origine, de transit et d'accueil sont dotés de programmes tripartites ou conjoints d'accès aux soins de santé, permettant une intervention à tout moment et en tout point du continuum de déplacement des citoyens/travailleurs migrants, que ce soit avant le départ, au cours de la migration elle-même, dans la période d'adaptation proprement dite ou après, dans une migration de retour, ou encore dans la phase de réintégration dans la communauté d'origine.
- La mise en place de services de soins à l'intention des personnes mobiles et populations migrantes qui aillent au-delà des soins d'urgence, et prennent en compte l'objectif de complet bien-être physique, mental et social, en particulier au regard du VIH/SIDA, des autres infections sexuellement transmissibles et de la santé génésique.
- Une attention accrue accordée à la prévention à la fois dans les directives sanitaires et dans les soins effectivement délivrés aux personnes mobiles et population migrantes, avec notamment l'élaboration et la mise en œuvre à grande échelle d'interventions au niveau des communautés.

- L'adoption de mesures garantissant un accès satisfaisant des personnes mobiles et des migrants à l'intérieur de leur propre pays aux services de soins et de prévention en matière de VIH/SIDA, des autres infections sexuellement transmissibles et de la santé génésique. Par exemple, dans ce contexte, l'éducation sanitaire peut nécessiter la production d'outils informatifs dans un large éventail de langues différentes.
- Une attention particulière accordée au problème de la disparité entre les hommes et les femmes que l'on note souvent dans les mouvements migratoires internationaux ou à l'intérieur d'un même pays, de même qu'à la question du rôle spécifique des femmes et des rapports de force qui souvent peuvent limiter l'accès des femmes à l'information et aux soins.
- La compréhension par les pays d'origine du fait que la contribution d'un travailleur émigré au Produit national brut, sous la forme de sommes envoyées à sa famille, peut fort bien se transformer en pression sur les services sociaux et sanitaires si ce travailleur rentre chez lui malade ou handicapé.

VII. Conclusion

Les migrants peuvent se révéler extrêmement vulnérables au VIH/SIDA et aux MST, mais ils sont souvent exclus des programmes de soins et de prévention, ou tout simplement ignorés.

Face aux effets de la mondialisation, il paraît être de l'intérêt même des gouvernements de mettre un terme à cet état de fait. En outre, tout donne à penser que cette situation entraîne un déni des droits de la personne et une violation des règles éthiques, qu'il faudrait régler toute affaire cessante aux niveaux local, national et international.

Bien sûr, modifier cette situation implique de revoir tout un ensemble de facteurs socioéconomiques et politiques.

En règle générale, les programmes de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA et des MST à l'intention des populations migrantes fonctionnent mieux s'ils sont élaborés et supervisés par les communautés immigrées elles-mêmes, et s'ils suscitent une véritable mobilisation. Ces programmes, qui doivent garantir un accès aux soins, doivent aussi être intégrés dans d'autres programmes locaux et nationaux de lutte contre le SIDA. A cet égard, les éducateurs pour les pairs jouent souvent un rôle clé, mais un personnel disponible et dévoué est également nécessaire pour encadrer et appuyer ces éducateurs.

Pour les services officiels, il est particulièrement difficile de s'attaquer aux questions liées au VIH/SIDA et aux MST lorsqu'elles touchent des migrants en situation irrégulière. En revanche, dans de nombreux pays et contextes différents, les organisations non gouvernementales ont démontré qu'elles pouvaient nouer des contacts et travailler avec des personnes sans statut légal.

Des avancées ont été réalisées dans la prévention de la propagation du VIH au sein des populations migrantes, et dans l'allègement des conséquences de la maladie sur les migrants touchés par le VIH. De nombreux pays mettent déjà en œuvre d'autres projets axés sur les autres infections sexuellement transmissibles et la santé génésique, et à destination des migrants et populations mobiles. Aujourd'hui, le défi est donc de traiter plus en profondeur les questions complexes qui se posent dans tous les pays et à tous les niveaux.

Recommandations

Des directives et recommandations doivent être élaborées et mises en œuvre sur la question de la santé des migrants, en particulier pour ce qui concerne le VIH/SIDA, les MST et la santé génésique. C'est aux organisations internationales dont le mandat couvre les questions de migration et de santé qu'il appartient de prendre la tête dans cette tâche, et ce de toute urgence. L'OIM peut contribuer à ce travail en servant de centre d'échange d'informations sur l'état de santé des migrants et les avancées réalisées dans la plupart des pays de départ et d'accueil.

Partout, l'attention doit être attirée sur les besoins des migrants en matière d'accès aux soins, en particulier par rapport au VIH/SIDA et aux MST. Une action stratégique doit être entreprise à tous les niveaux – mondial, régional, national et local. Les politiques et activités mises en œuvre, ainsi que l'échange d'informations doivent être coordonnés entre les pays d'origine, de transit et de destination. Il appartient aux organisations des Nations Unies, aux organismes internationaux impliqués et aux ONG internationales de veiller à la bonne réalisation de ces objectifs.

Les pays d'accueil doivent adopter des politiques et pratiques en matière de santé qui suppriment les obstacles économiques, administratifs et linguistiques entravant l'accès des migrants à la santé. Ces dispositifs doivent spécifiquement englober tous les types de migrants, y compris les plus vulnérables, tels que les travailleurs saisonniers et les migrants en situation irrégulière. Enfin, les aspects liés à la sexospécificité doivent être pris en compte dans ces politiques et programmes.

Outre les programmes de prévention et de prise en charge du VIH/SIDA, et dans le cadre de ces derniers, les services de prise en charge des MST et de santé génésique destinés aux populations mobiles/aux migrants doivent être renforcés.

Le cas échéant, ces programmes doivent porter sur les zones frontalières et la circulation transfrontière.

Les éléments mobilisateurs des communautés doivent être impliqués dans les interventions de prévention et de soins liées aux VIH/SIDA, aux MST et à la santé génésique. De même, les membres des communautés ciblées doivent participer à toutes les étapes, de la planification à l'évaluation en passant par la réalisation des activités de promotion de la santé et la fourniture des services.

Annexe 1. Instruments internationaux (et clauses pertinentes)

Cette annexe propose une sélection des clauses essentielles des instruments pertinentes à cette étude. Le texte complet des instruments peut être consulté sur Internet : <http://www.unhcr.org>

Charte des Nations Unies (1945)

Article 2. L'Organisation des Nations Unies et ses Membres, dans la poursuite des buts énoncés à l'Article 1, doivent agir conformément aux principes suivants :

1. L'Organisation est fondée sur le principe de l'égalité souveraine de tous ses Membres.
4. Les Membres de l'Organisation s'abstiennent, dans leurs relations internationales, de recourir à la menace ou à l'emploi de la force, soit contre l'intégrité territoriale ou l'indépendance politique de tout Etat, soit de toute autre manière incompatible avec les buts des Nations Unies.

Article 10. L'Assemblée générale peut discuter toutes questions ou affaires rentrant dans le cadre de la présente Charte ou se rapportant aux pouvoirs et fonctions de l'un quelconque des organes prévus dans la présente Charte, et, sous réserve des dispositions de l'Article 12, formuler sur ces questions ou affaires des recommandations aux Membres de l'Organisation des Nations Unies, au Conseil de sécurité, ou aux Membres de l'Organisation et au Conseil de sécurité.

Article 55. En vue de créer les conditions de stabilité et de bien-être nécessaires pour assurer entre les nations des relations pacifiques et amicales fondées sur le respect du principe de l'égalité des droits des peuples et de leur droit à disposer d'eux-mêmes, les Nations Unies favoriseront :

- a. le relèvement des niveaux de vie, le plein emploi et des conditions de progrès et de développement dans l'ordre économique et social ;
- b. la solution des problèmes internationaux dans les domaines économique, social, de la santé publique et autres problèmes connexes, et la coopération internationale dans les domaines de la culture intellectuelle et de l'éducation ;
- c. le respect universel et effectif des droits de l'homme et des libertés fondamentales pour tous, sans distinction de race, de sexe, de langue ou de religion.

Article 56. Les Membres s'engagent, en vue d'atteindre les buts énoncés à l'Article 55, à agir, tant conjointement que séparément, en coopération avec l'Organisation

Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (1946)

Préambule : La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.

Déclaration universelle des droits de l'homme (1948)

Article 25.1. Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966)

Article 12.1. Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre.

2. Les mesures que les Etats parties au présent Pacte prendront en vue d'assurer le plein exercice de ce droit devront comprendre les mesures nécessaires pour assurer :
 - a. La diminution de la mortalité et de la mortalité infantile, ainsi que le développement sain de l'enfant ;
 - b. L'amélioration de tous les aspects de l'hygiène du milieu et de l'hygiène industrielle ;
 - c. La prophylaxie et le traitement des maladies épidémiques, endémiques, professionnelles et autres, ainsi que la lutte contre ces maladies ;
 - d. La création de conditions propres à assurer à tous des services médicaux et une aide médicale en cas de maladie.

Article 2.1. Chacun des Etats parties au présent Pacte s'engage à agir, tant par son effort propre que par l'assistance et la coopération internationales, notamment sur les plans économique et technique, au maximum de ses ressources disponibles, en vue d'assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le présent Pacte par tous les moyens appropriés, y compris en particulier l'adoption de mesures législatives.

2. Les Etats parties au présent Pacte s'engagent à garantir que les droits qui y sont énoncés seront exercés sans discrimination aucune fondée sur la race, la couleur, le sexe, la langue, la religion, l'opinion politique ou toute autre opinion, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance ou toute autre situation.
3. Les pays en voie de développement, compte dûment tenu des droits de l'homme et de leur économie nationale, peuvent déterminer dans quelle mesure ils garantiront les droits économiques reconnus dans le présent Pacte à des non-ressortissants.

Pacte international relatif aux droits civils et politiques (1966)

Article 6. Le droit à la vie est inhérent à la personne humaine. Ce droit doit être protégé par la loi. Nul ne peut être arbitrairement privé de la vie.

Article 7. Nul ne sera soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. En particulier, il est interdit de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique.

Article 17.1. Nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes illégales à son honneur et à sa réputation.

2. Toute personne a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes.

Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale (1965)

Article 5. Conformément aux obligations fondamentales énoncées à l'article 2 de la présente Convention, les Etats parties s'engagent à interdire et à éliminer la discrimination raciale sous toute ses formes et à garantir le droit de chacun à l'égalité devant la loi sans distinction de race, de couleur ou d'origine nationale ou ethnique, notamment dans la jouissance des droits suivants : (...)

- (e) Droits économiques, sociaux et culturels, notamment : (...)
- iv) Droit à la santé, aux soins médicaux, à la sécurité sociale et aux services sociaux.

Bibliographie

- Acción Ciudadana Contra El SIDA – ACCSI (Action citoyenne contre le SIDA). Cornieles C., Carrasco E. et Koch R. *Magdalena's story: The pregnancy of a HIV+ adolescent who lives in the streets of Caracas*. 1999.
- Achmat Z., Barret C., Cohen B. et al. *HIV/AIDS and The Law: A Resource Manual*. Publié par le AIDS Law Project and Lawyers for Human Rights, Afrique du Sud. Mai 1997.
- Allin N. E. « The AIDS Pandemic: international travel and immigration restrictions and the World Health Organization's Response », *Virginia J. Int. Law*. 1988, 28 : p.1043-1063.
- Appleyard R. et Wilson A. (dir. publ.). « Migration and HIV/AIDS », *International Migration Quarterly Review*, Vol. 36 (4), 1998.
- Archiv für Sozialpolitik AIDS Archiv. « Restrictions of entry and residence for people with HIV/AIDS: a global survey ». Francfort, 1991.
- Banque mondiale. *Workers in an Integrating World: World Development Report 1995*. Oxford. Oxford University Press, 1995.
- Banque mondiale. *Faire face au SIDA : les priorités de l'action publique face à une épidémie mondiale*. Banque mondiale, Washington, 1998.
- Berlinguer G. « Indivisibility and Globalization of Health » in *The Effects of Globalization on Health*, rapport d'un symposium tenu à l'Assemblée annuelle du forum des ONG pour la santé, Genève, mai 1998.
- Bidjeh K., Zinsstag J. et Wyss K. *Santé des Nomades au Tchad. Un projet de Recherche et d'Intervention*. Ministère de l'Elevage, Tchad, Ministère de la Santé Publique, Tchad, Centre de Support en Santé Internationale, Tchad, Institut Tropical Suisse, 1999.
- Bollini P. et Siem H. « No Real Progress towards Equity: Health of Migrants and Ethnic Minorities on the eve of the Year 2000 », *Soc. Sci. Med.* Vol. 41, N° 6, p.819-828, 1995.
- CARAM-Asie. *Coordination of Action Research on AIDS an Migration. The vulnerability of migrants to HIV/AIDS*. Juin 1998.
- Charte d'Ottawa, WHO/HPR/HEP/95.1. Charte adoptée au cours d'une Conférence internationale pour la promotion de la santé, novembre 1986.
- Christakis N. A. « Responding to a Pandemic: International Interests in AIDS Control », in Graubard S. R. (dir. publ.) *Living with AIDS*, Cambridge, MA, MIT Press, 1990, p.329-351.
- Colvin M., Abdool Karim S. S. et Wilkinson D. « Migration and AIDS ». *The Lancet* 1995, 346: p.1304.
- Commission sur la gouvernance mondiale. *Our Global Neighbourhood. Notre Voisinage Global. Rapport de la Commission sur la gouvernance mondiale*. Oxford University Press, 1995.
- Decosas J. et Adrien A. « Migration and HIV ». *AIDS*, 1997, 11 (suppl. A). p.577-584.
- Decosas J., Kane F., Anarfi J. K., Sodji K. D. R. et Wagner H. U. « Migration and AIDS » *The Lancet*, 1995, 346: p.826-828.

Decosas J., *Labour Migration and HIV Epidemics in Africa*, intervention devant la 12^{ème} Conférence internationale sur le SIDA, Genève, Suisse, juillet 1998.

Doupe A. *AIDS and Human Rights: Time for an Empowered Response*, LLM Thesis, septembre 1997.

Duckett M. et Orkin A. J. « HIV/AIDS-related migration and travel policies and restrictions: a global study ». *AIDS*, 1989, 3 (suppl. 1), p.S231-252.

Egger M., Minder C. E. et Smith G. D. « Health inequalities and migrant workers in Switzerland », *The Lancet* 816, 29 septembre 1990.

EUROPAP/TAMPEP. *1996-1997 Final Report*, octobre 1997.

European Network on Male Prostitution. *First Interim Report*. 1998.

Fernandez I. *Migration and HIV/AIDS Vulnerability in South East Asia*. Rapport présenté à la 12^{ème} Conférence internationale sur le SIDA, Genève, Suisse, juillet 1998.

Fidler D. P. « Globalization, International Law, and Emerging Infectious Diseases », *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 2, N° 2, avril-juin 1996.

Fluss S., *Some recent patterns and trends in communicable disease legislation in selected European countries*, intervention au cours de la réunion de mai 1996 du projet Biomed 2 sur les maladies transmissibles, les modes de vie et la responsabilité personnelle – droits et éthique.

FNUAP. Chung M. *Integrating Reproductive Health and STD/HIV Prevention Services: A Guide for Pacific Island Reproductive Health Programme Managers*. 1999.

Forrest D. M. « Control of Imported Communicable Diseases: Preparation and Response ». *Canadian Journal of Public Health*, Vol. 87, N° 6. Novembre-décembre 1996, p.368-372.

Friedrich D. et Heckmann W (dir. publ.). *AIDS in Europe – The Behavioural Aspect. Vol. 1: General Aspects*. 1995.

Gellert G. A. « International Migration and Control of Communicable Diseases », *Soc. Sci. Med.* Vol. 37, N° 12, 1993, p.1489-1499.

Gilmore N. *HIV/AIDS Legislation: Blame and Responsibility. The Saga of HIV-infected Haitian Refugees at Guantanamo Bay, Cuba*, intervention devant le National Council for International Health Workshop (Etats-Unis), juin 1995. Texte révisé, novembre 1995.

Gilmore N. *Human Rights Issues and Migration*, intervention devant la 12^{ème} Conférence internationale sur le SIDA, Genève, Suisse, juillet 1998.

Graubard S. R. (dir. publ.) *Living with AIDS*, Cambridge, MA, MIT Press, 1990.

Gruskin S., Mann J. et Tarantola D. (dir. publ.). *Health and Human Rights Journal*, Vol. 2, N° 4. Special Focus: HIV/AIDS and Human Rights. 1998.

Haour-Knipe M. et Rector R. *Crossing borders: migration, ethnicity and AIDS*. Londres, Taylor & Francis, 1996.

Haour-Knipe M. et Aggleton P., « Social enquiry and HIV/AIDS », *Critical Public Health*, Vol. 8, N° 4, 1998, p.257-271.

Haour-Knipe M. *In conclusion*, intervention devant la 12^{ème} Conférence internationale sur le SIDA, Genève, Suisse, juillet 1998.

- Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme/ONUSIDA. *Directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de l'homme*. Nations Unies, New York et Genève, 1998.
- Hendriks A. « The right to freedom of movement and the (un)lawfulness of AIDS/HIV specific travel restrictions from a European perspective ». *Nordic Journal of International Law* 59. Fasc. 2/3, 1990.
- Human Rights Internet. *Human Rights and HIV/AIDS: Effective Community Responses*. Mai 1998.
- Kane F., Alary M., Ndoye I. et al., « Temporary expatriation is related to HIV-1 infection in rural Senegal ». *AIDS* 1993, N° 7, p.1261-1265.
- Laboratoire de lutte contre la maladie, Santé Canada. *Pays où l'autorisation de séjour est assujettie à des restrictions liées au VIH*. Décembre 1996.
- Loewenson R. et Whiteside A. *Social and Economic Issues of HIV/AIDS in Southern Africa*. Etude préparée pour SAfAIDS, Harare, mars 1997.
- Lomas J. « Social Capital and Health: Implications for Public Health and Epidemiology », *Soc. Sci. Med.* Vol. 47, N° 9, p.1181-1188, 1998.
- Lurie M., Garnett G., Abdool Karim S., Sturm W., Wilkinson D. et Williams B. *Research Protocol. Migration and the Spread of HIV and Other Sexually Transmitted Diseases in South Africa: Interlocking Urban and Rural Cohort Studies*. Janvier 1998.
- Mann J., Tarantola D. J. M. et Netter T. W. (dir. publ.). *AIDS in the World: A Global Report*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1992.
- Merchant Navy Welfare Board, UK. *Seafarers: EC Co-ordination of Information on HIV and STDs. Final Report*, 1998.
- Ministère des Affaires étrangères et du Commerce de la Nouvelle-Zélande. *NZODA Regional Health Programme Initiatives, 1997-1999*.
- Mishra S. I., Conner R. F. et Magana J. R. (dir. publ.). *AIDS. Crossing Borders: The Spread of HIV Among Migrant Latinos*. Colorado, Westview Press, 1996.
- Montgomery J., 1992. « Recognizing a right to health ». In Beddard R. & Dilys, D. M. (dir. publ.), 1992. *Economic, social and cultural rights: Progress and achievement*. New York, St. Martin's Press, p.184-203.
- Nations Unies. Ayton-Shenker D. *The Challenge of Human Rights and Cultural Diversity*. Document de référence des Nations Unies. DPI/1627/HR, mars 1995.
- Nations Unies. *Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948-1998*. Services d'information publique des Nations Unies, juin 1998.
- Network of Sex Work Projects (NSWP). *Making sex work safe*. Londres, 1997.
- Ngwena C. *AIDS and Right of Access to Treatment: The Scope and Limits*, rapport présenté à la Onzième Conférence internationale sur le SIDA et les MST en Afrique, Lusaka (Zambie), 12-16 septembre 1999.
- OIT. *Etude d'ensemble sur les travailleurs migrants, 87^{ème} session de la Conférence internationale du travail, Rapport III (Partie 1B)*. Genève, 1999.

OMS. *Rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires*, Alma-Ata, URSS, 6-12 septembre 1978.

OMS. *Background Paper: Long Term Travel Restrictions and HIV/AIDS*. Programme mondial de Lutte contre le SIDA, octobre 1994.

OMS. *Report of the Preparatory Meeting for a Consultation on Long Term Travel Restrictions and HIV/AIDS*. Programme mondial de Lutte contre le SIDA, octobre 1994.

OMS. *Removing Obstacles to Healthy Development: Report on Infectious Diseases*. Organisation mondiale de la Santé, 1999, WHO/CDS/99.1.

OMS. *Rapport sur la santé dans le monde, 1999 – Pour un réel changement*. Organisation mondiale de la Santé, 1999.

OMS. *World Health Opportunity: Developing Health, Reducing Poverty. Document de séance*, mai 1999.

OMS. *Discours du Dr Gro Harlem Brundtland, Directeur général de l'OMS, ICPD+5*, La Haye, 8-12 février 1999.

OMS. *La tuberculose dans la Région OMS du Pacifique occidental*, Comité régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, 1999.

OMS. Communiqué de presse WHA/13 du 22 mai 1999, *L'OMS se penche sur les rapports entre commerce et produits pharmaceutiques*.

OMS. Murray C. J. L. et Lopez A. D. (dir. publ.). *Health Dimensions of Sex and Reproduction: the Global Burden of Sexually Transmitted Diseases, HIV, Maternal Conditions, Perinatal Disorders, and Congenital Anomalies*. Global Burden for Disease and Injury Series, Harvard, 1999.

OMS. *Fact Sheet N° 186: Young People and Sexually Transmitted Diseases*. Décembre 1997.

ONUSIDA. *Rapport de l'ONUSIDA*. ONUSIDA/99.29E, juin 1999.

ONUSIDA. *Migration et VIH/SIDA*. Document préparé pour le Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA, décembre 1998.

ONUSIDA. *Actualisation ONUSIDA. Lutte contre les MST : mesures de santé publique*. Mai 1998.

ONUSIDA. *Actualisation sur les migrations et le VIH/SIDA*, ONUSIDA, 2000.

ONUSIDA, Communiqué de presse : *A Lusaka, les responsables des Nations Unies s'engagent à majorer les efforts contre le SIDA en Afrique*. Lusaka, 15 septembre 1999.

ONUSIDA. Fages V. *Migration and AIDS in South Africa: A Public Health Issue*, ONUSIDA Pretoria, mars 1999 (non publié).

ONUSIDA. *Rapport du Directeur exécutif, Conseil de Coordination du Programme de l'ONUSIDA*, UNAIDS/PCB (8)/99.2, juin 1999.

Overseas Development Institute. Document de présentation. *Global governance: An Agenda for the Renewal of the United Nations?* Juillet 1999 (2).

Parsons W. *Public Policy. An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*. Edward Elgar Publishing Ltd, Royaume-Uni, 1997.

Piot P. « Sexually transmitted diseases in the 1990s. Global epidemiology and challenges for control ». *Sex. Transm. Dis.*, mars-avril 1994, 21 (Suppl. 2), p.S7-13.

Projet Européen Sida et Mobilité. *AIDS and Mobility Annual Report 1998, Planned Activities 1999*, 1999.

Projet Européen Sida et Mobilité. *AIDS & STDs and Migrants, Ethnic Minorities and other Mobile Groups; the State of Affairs in Europe*, de Putter J. (dir. publ.), juin 1998.

Projet Européen Sida et Mobilité. *Access to New Treatments for Migrants Living with HIV and AIDS – conclusions and recommendations*. Août 1999.

Projet Européen Sida et Mobilité. *Access to New Treatments for Migrants Living with HIV and AIDS – Second Annual Seminar, National Focal Points, European Projet AIDS & Mobility*. Clarke K. et Bröring G. (dir. publ.). Octobre 1999.

Projet Européen Sida et Mobilité. *Déclaration d'Athènes*, novembre 1999.

Projet Européen Sida et Mobilité. *Bibliographie*, février 1997.

Projet Européen Sida et Mobilité. « *Equal Opportunities in Public Health* ». *A European Meeting on the vulnerability of socially disadvantaged groups in public health*, Bonn, septembre 1996.

Projet Européen Sida et Mobilité. *Exchange Meeting: HIV/AIDS Prevention and Care Programmes among Migrants*, Genève, juillet 1998.

Projet Européen Sida et Mobilité. *AIDS and Mobility Annual Report 1999, Planned Activities 2000*, 2000.

Projet Européen Sida et Mobilité. *Literature and Materials*, février 2000.

Projet transnational de prévention du SIDA et des MST parmi les prostituées immigrées en Europe (TAMPEP), *October 96/September 97 Final Report*, 1997.

Réseau international d'organismes d'entraide et de lutte contre le SIDA (ICASO). *Résumé des Directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de la personne à l'intention des ONG*. 1997.

Réseau international d'organismes d'entraide et de lutte contre le SIDA (ICASO). *Guide d'action sociale sur les Directives internationales sur le VIH/SIDA et les droits de la personne*. Octobre 1997.

Réseau latino-américain/caraïbe d'organismes d'entraide et de lutte contre le SIDA (LACCASO). *Migratory Routes from Haiti to Dominican Republic: Consequences for HIV/AIDS and the Human Rights of Infected People*, rapport préparé par Severino I. L., de Moya E. A., Scharboy V., Rowinsky P., Stephens R. et Esquea R., avril 1999.

Secrétariat du Forum du Pacifique Sud. *HIV/AIDS Among Seafarers in the Pacific Region: A Situational Analysis*. 1999.

Secrétariat du Forum du Pacifique Sud. *Report on Seafarers Project. PASA 18*, 1999.

Singhanetra-Renard A. « Population movement and the AIDS epidemic in Thailand », rapport présenté au séminaire de l'IUSSP sur les sous-cultures sexuelles et la migration à l'ère du SIDA et des MST, Bangkok, Thaïlande, mars 1994.

Somerville M. A. et Orkin A. J. « Human rights, discrimination and AIDS: concepts and issues », *AIDS* 1989, N° 3 (suppl. 1), p.S283-287.

Somerville M. A. et Wilson S. « Crossing Boundaries: Travel, Immigration, Human Rights and AIDS », *McGill Law Journal*, 1998, Vol. 43, p.782-835.

Tan M. « Migration and Risk », *AIDS action*, N° 40, juillet-septembre 1998.

Tenaganita. *Solidariti Migran*. N° 1, juin 1998.

Tomasevski K. « Health rights », in Eide A., Krause C. & Rosas A. (dir. publ.), 1995. *Economic, social and cultural rights: A textbook*. Dordrecht, Boston, Londres, Martinus Nijhoff Publishers, p.125-142.

van Beelen N., Wolffers I. et Brussa L. (dir. publ.). *Research for Sex Work*. Juin 1998.

van den Berg R. G. *Migrants with HIV/AIDS and access to health care in Europe: human rights aspects*. Projet Européen Sida et Mobilité. Février 1999.

Wahdan M. H. « Shortcomings in the Current Version of the International Health Regulations and Difficulties in their Implementation », *Consultation informelle de l'OMS pour examiner la réponse internationale aux épidémies et l'application du Règlement sanitaire international*, décembre 1995, EMC/IHR/GEN/95.4.

Wolffers I. et Fernandez I. « Migration and AIDS » *The Lancet* 1995, 346, p.1303.

Wolffers I., Fernandez I., Verghis S. et Painter T. *A Model for Evaluating HIV/AIDS Interventions for Mobile Populations*, rapport présenté au Cinquième Congrès international sur le SIDA en Asie et dans le Pacifique, Kuala Lumpur, Malaisie, 23-27 octobre 1999.

Ybanez RFC. « Breaking Borders: Migration and HIV/AIDS » *AIDS action*, N° 40, juillet-septembre 1998.

Le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA) est le principal ambassadeur de l'action mondiale contre le VIH/SIDA. Il unit dans un même effort les activités de lutte contre l'épidémie de huit organisations des Nations Unies : le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Fonds des Nations Unies pour la Population (FNUAP), l'Organisation des Nations Unies pour le Contrôle international des Drogues (PNUCID), l'Organisation internationale du Travail (l'OIT), l'Organisation des Nations Unies pour l'Education, la Science et la Culture (UNESCO), l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et la Banque mondiale.

L'ONUSIDA mobilise les actions contre l'épidémie de ses huit organismes coparrainants, tout en ajoutant à ces efforts des initiatives spéciales. Son but est de conduire et de soutenir l'élargissement de l'action internationale contre le VIH/SIDA sur tous les fronts et dans tous les domaines : médical, social, économique, culturel et politique, santé publique et droits de la personne. L'ONUSIDA travaille avec un large éventail de partenaires – gouvernements et ONG, spécialistes/chercheurs et non spécialistes – en vue de l'échange de connaissances, de compétences et des meilleures pratiques à l'échelle mondiale.

Bien qu'il n'existe pas de définition officielle du « migrant », on estime néanmoins que quelque deux milliards de personnes sont amenées à se déplacer chaque année dans le monde. Les migrants sont particulièrement vulnérables au VIH/SIDA et au MST, mais ils sont souvent exclus de bon nombre des programmes de soins et de prévention, voire purement et simplement ignorés. Cette étude recense les principales lois et politiques existantes, ainsi que les meilleures pratiques en matière de droits des migrants à la santé, aux soins associés, aux traitements, à l'appui et à la prévention. Elle milite pour un certain nombre de changements pour améliorer la santé des migrants et formule des recommandations quant à l'élaboration de politiques susceptibles d'améliorer l'état sanitaire des populations migrantes.



Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUCID • OIT
UNESCO • OMS • BANQUE MONDIALE

Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA)

20 avenue Appia – 1211 Genève 27 – Suisse

Tél. (+41) 22 791 36 66 – Fax (+41) 22 791 41 87

E-mail: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>